

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Universität
W ü r z b u r g
Vorstand: Professor Dr. med. H. S c h u e r m a n n

DIE BEGUTACHTUNG DER MÄNNLICHEN ZEUGUNGSFÄHIGKEIT

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius - Maximilians - Universität Würzburg
zur
Erlangung der zahnmedizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Walter Liebisch
aus Tachau

Würzburg 1958



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Universität
W ü r z b u r g
Vorstand: Professor Dr. med. H. S c h u e r m a n n

DIE BEGUTACHTUNG DER MÄNNLICHEN ZEUGUNGSFÄHIGKEIT

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius - Maximilians - Universität Würzburg
zur
Erlangung der zahnmedizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Walter Liebisch
aus Tachau

Würzburg 1958

Referent: Privatdozent Dr. R. Doeppfmer
Korreferent: Professor Dr. H. Schuermann

Datum der Promotion:

7.2.58

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität Würzburg

DISPOSITION

	Seite
EINLEITUNG	1
TERMINOLOGIE	2
ERSTER TEIL	
DIE FORENSISCHE BEGUTACHTUNG DER MÄNNLICHEN ZEUGUNGSFÄHIGKEIT	3
A. Die Impotentia coeundi	4
1. Die Ursachen der Impotentia coeundi	4
2. Die Begutachtung der Impotentia coeundi	6
B. Die Impotentia Generandi	7
1. Die Ursachen der Impotentia generandi	8
2. Die Begutachtung der Impotentia generandi	9
I. Die Anamnese und die Aktenvorgeschichte	10
II. Die klinische Untersuchung	10
III. Die Ejakulatuntersuchung	11
1. Die Gewinnung	11
2. Die Beurteilung	12
a) Die makroskopische Beurteilung	12
b) Die mikroskopische Beurteilung	13
3. Täuschungsversuche und die Entlarvung	17
a) Begutachtung des Ejakulats einer zeugungsunfähigen, vorgeschobenen Person	17
b) Unterschieben einer spermaähnlichen Flüssigkeit oder eines fremden Ejakulats	18
c) Zusatz von spermioziden oder Spermien immobilisierenden Mitteln oder Abgabe eines anders vorbehandelten Spermas	19
d) Erschöpfungsazoospermie	20
e) Die medikamentös hervorgerufene Azoospermie	21
IV. Die Hodenbiopsie	21
V. Die Hormonbestimmung	22
VI. Die röntgenologische Darstellung der samenabführenden Wege	23
ZWEITER TEIL	
DIE INFERTILITÄT ALS KB-LEIDEN UND UNFALLFOLGE	24
A. Die Ursachen der kriegs- oder unfallbedingten männlichen Infertilität	24
1. Verletzungen mit Verlust der Genitalorgane	24
2. Verletzungen, die indirekt zur Infertilität oder zu Fertilitätsstörungen führen	25

B. Einteilung der Verletzungen und Besprechung der Verletzungsfolgen	32
1. Verlust eines Hodens	32
2. Verlust beider Hoden	33
3. Gliedverlust	38
4. Verlust der Potentia generandi	38
C. Sachliche und ideelle Beurteilung	38
1. Für den Patienten	38
2. Für die Ehefrau	46

DRITTER TEIL

GUTACHTEN DER UNIVERSITÄTS-HAUTKLINIK WÜRZBURG MIT DER PROBLEMATIK DES RECHTSSTREITES UND EINER KURZEN DISKUSSION DER BEURTEILUNG	48
---	----

A. Streitfälle des bürgerlichen und Strafrechts	48
---	----

B. Rentenstreitsachen	57
-----------------------	----

ZUSAMMENFASSUNG

LITERATURVERZEICHNIS	I
----------------------	---

EINLEITUNG

Zeugungsfähigkeitsgutachten werden vorwiegend aus zivilrechtlichen und nur selten aus strafrechtlichen Gründen durchgeführt. MÜLLER-HESS und PANNING berichten, daß von 240 Gutachten nur 7 mal in Strafrechtsachen und 233 mal in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten die Fortpflanzungsfähigkeit des Mannes Gegenstand einer Begutachtung war.

Im Strafrecht spielt neben der Frage der Beischlaf-fähigkeit bei Sittlichkeitsverbrechern und bei Blutschande die Zeugungsfähigkeit im § 224 eine Rolle, nach dem eine Körperverletzung mit Verlust der Zeugungsfähigkeit als eine schwere Verletzung zu betrachten ist. Unter Umständen kann auch im Meineidprozeß nach § 154 StGB ein Gutachten über Zeugungsfähigkeit zur Verurteilung oder Freisprechung des Angeklagten führen.

Im bürgerlichen Recht gilt nach dem Wortlaut der §§ 1717 bzw. 1720 BGB als Vater eines unehelichen Kindes, wer der Mutter innerhalb der Empfängniszeit, also in der Zeit vor dem 181. bis 302. Tage vor dem Tage der Geburt des Kindes, mit Einschluß sowohl des 181. als des 302. Tages, beigewohnt hat. Eine Beiwohnung bleibt jedoch außer Betracht, wenn es den Umständen nach offenbar unmöglich ist, daß die Mutter das Kind aus dieser Beiwohnung empfangen hat. Einen Ausschließungsgrund bildet die Zeugungsunfähigkeit des Mannes während der gesetzlichen Empfängniszeit.

Im § 1720 sind die entsprechenden Bestimmungen über die Vaterschaft des Ehemannes an einem Kinde angeführt.

Weiterhin ist dann noch zur Ausschaltung eines Mehrverkehrszeugen, zur Feststellung der Ehelichkeit eines Kindes

nach § 1591 bis § 1593 BGB die Frage der Fortpflanzungsfähigkeit zu klären.

Im Eherecht sind Untersuchungen auf die Zeugungsfähigkeit eines Ehegatten auch nach dem § 1333 möglich. Eine Ehe kann von dem Ehegatten angefochten werden, der sich bei der Eheschließung in der Person des anderen Ehegatten oder über solche persönliche Eigenschaften des anderen geirrt hat, die ihn bei Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden. Als Anfechtungsgrund zählt auch mangelnde Fortpflanzungsfähigkeit.

Im Adoptionsrecht bildet das Vorliegen der Zeugungsunfähigkeit eine Voraussetzung zu einer Befreiung von der sonst gegebenen Altersmindestgrenze des Adoptionswilligen.

Im Erbrecht ist unter Umständen die Zeugungsunfähigkeit eines Vorerben zum Zwecke der Erbschaftsregulierung nachzuweisen.

In sozialen Rechtsstreitigkeiten hat der Gutachter oft die Frage des Gerichts zu beantworten, ob bei einem Manne eine kriegs- oder unfallbedingte Zeugungsunfähigkeit vorliegt und wie groß gegebenenfalls die Minderung der Erwerbsfähigkeit ist.

TERMINOLOGIE

Zeugungsfähigkeit (*Potentia generandi*) besitzt nach NIEDERMEYER ein Mann dann, wenn bei ihm folgende Voraussetzungen gegeben sind: volle anatomische Integrität der Keimdrüsen sowie der ableitenden Samenwege und der Kopulationsorgane mit ihren akzessorischen Organen und außerdem die funktionelle Integrität im Sinne der Fähigkeit zum Vollzuge der Begattung, mit anderen Worten Beischlafsfähigkeit (*Potentia coeundi*).

Unter *Impotentia coeundi* versteht die gerichtliche Medizin die rein mechanische Unfähigkeit zur *Immissio membri virilis intra vaginam mulieris*, also in erster Linie die Unfähigkeit zu ausreichender und genügend andauernder Erektion, bei der der *Impetus coeundi* die *Immissio membri et penetratio vaginae* ermöglicht.

Unter *Impotentia generandi* wird hingegen die bloße Zeugungsunfähigkeit verstanden, sei es infolge eines Defektes der Keimdrüsen oder sonstiger anatomischer oder funktioneller Mängel.

Nach SCHEELE handelt es sich bei dem Gesamtbegriff "Potenz" um eine komplexe Wechselwirkung der einzelnen, die Geschlechtssphäre bildenden Faktoren, nicht nur anatomischer, sondern auch physiologischer, pathophysiologischer und endokriner Art. Dazu treten die hormonal-humoral und vegetativ nervalen Regulationseinrichtungen (Hypophyse) und nicht zuletzt die Einflüsse der Psyche, die in sehr vielen Fällen von überwiegender Bedeutung sind.

Der Begriff "Infertilität" bezieht sich jeweils auf einen Ehepartner. Der Ausdruck "Sterilität" ist dann zu gebrauchen, wenn man von der ehelichen Gemeinschaft spricht.

ERSTER TEIL

DIE FORENSISCHE BEGUTACHTUNG DER MÄNNLICHEN ZEUGUNGSFÄHIGKEIT

Ein Mann kann zeugungsunfähig im weitesten Sinne des Wortes sein, wenn er die *Potentia coeundi* oder die *Potentia generandi* bzw. beide nicht besitzt. Die Feststellung einer *Impotentia coeundi* würde praktisch eine Zeugung ausschließen, auch wenn der Betreffende in der

Lage ist, befruchtungsfähiges Sperma zu produzieren, sofern nicht der Umweg über die künstliche Besamung gewählt wird.

Der Gutachter hat also festzustellen, ob es offenbar unmöglich ist, daß der zu Begutachtende beischlafs- oder zeugungsfähig ist. Es sind die Zeugungsfähigkeitsgutachten nicht dahingehend zu beantworten, ob es als möglich, wahrscheinlich oder weniger wahrscheinlich zu betrachten ist, daß der zu Begutachtende zeugungsfähig ist, sondern es ist zu unterscheiden, ob es offenbar unmöglich ist, daß der zu Untersuchende zur Zeit oder in einer bestimmten zurückliegenden Zeit zeugungsunfähig war oder nicht. Nach MÜLLER sollte bei der Feststellung eines "offenbar unmöglich" die Sicherheit der Beweisführung eine Wahrscheinlichkeit von mehr als 99 %, also eine solche zwischen 99 und 100 % ergeben.

Ferner ist bei jeder forensischen Begutachtung der Zeugungsfähigkeit die Frage zu klären, ob nicht von seiten des Probanden Betrugsabsichten vorliegen.

Es müssen also bei einer Begutachtung streng die beiden Begriffe der Impotentia coeundi und der Impotentia generandi unterschieden werden.

A. DIE IMPOTENTIA COEUNDI

1. Die Ursachen der Impotentia coeundi

Nach BOEMINGHAUS kann die Impotentia coeundi organisch, inkretorisch, psychogen, neurogen oder traumatisch bedingt sein. Er betont aber gleichzeitig, daß die Abgrenzung und Eingruppierung in manchen Fällen insofern etwas problematisch ist, als häufig mehrere aetiologische Faktoren beteiligt sind bzw. sich gegenseitig beeinflussen oder auslösen.

Zu der organischen Impotentia coeundi sind zu rechnen: stärkere Mißbildungen des äußeren Genitale oder Verlust desselben; Verletzungen der Geschlechtsorgane, insbesondere des Penis, können zur Beischlafsunfähigkeit führen. Nach

MUELLER soll man sich bei solchen Verletzungen, wo ein Teil der Glans penis erhalten geblieben ist, bezüglich der Kohabitationsfähigkeit bis zu einem gewissen Grade zurückhaltend ausdrücken, denn auch geringe Reste des männlichen Gliedes können unter Umständen einen Beischlaf ermöglichen.

Mißbildungen der Genitalien können die Kohabitation erschweren. Besonders Spaltbildungen im Sinne der häufigeren Hypospadie und der selteneren Epispadie. Eine hochgradige Epispadie führt mitunter zu einer derartigen Verkrümmung des Penis, daß der Beischlaf unmöglich ist. Die gleichen Folgen kann eine angeborene Verwachsung des Penis mit dem Scrotum haben.

In diesem Zusammenhang sei auch die hochgradige Phimose genannt und elephantiastische Veränderungen des Penis erwähnt. Hyperplasien der männlichen Genitalien können unter Umständen eine Kohabitation unmöglich machen. Ähnlich ist es bei Aplasien bzw. starken Hypoplasien. Dies gilt auch beim Vorhandensein ausgedehnter Hodenbrüche und Hydrocelen.

Bei inkretorischer Impotentia coeundi besteht oft eine herabgesetzte Libido infolge ungenügender oder fehlender Keimdrüsentätigkeit. Diese, in ihrer praktischen Auswirkung sehr unterschiedlichen, inkretorischen Dysfunktionen sind nach BOEMINGHAUS oft von Zuständen psychischer Impotentia coeundi überlagert und deshalb schwer voneinander abtrennbar.

Die psychisch bedingte Impotentia coeundi beruht z.B. auf Minderwertigkeitsgefühlen der Frau gegenüber und manchmal auch auf krankhafter Überbewertung der Schädigungen früherer Masturbation. Sie kann aber auch als Fehlleistung zustandekommen, und zwar in der Art, daß ein früher mißlungener Beischlaf bei dem Betreffenden ein Unterlegenheitsgefühl hervorgerufen hat. Er fürchtet die Wiederkehr des Versagens bei seiner eigenen Ehefrau (Erwartungsangst) und da er sich davor fürchtet, ist er zur Durchführung des Beischlafs nicht in der Lage. Entweder wird das männliche Glied nicht hinreichend erigiert oder es erschlafft zu früh. In manchen Fällen kommt es zur Ejakulatio praecox. Die psychischen Formen der Impotentia

coeundi beruhen nach BOEMINGHAUS in manchen Fällen auf Hemmungen von seiten des Großhirns.

Zu den neurologisch bedingten Zuständen von Erektionsschwäche bzw. -verlust gehören die in Begleitung von Nervenleiden, Tabes dorsalis, multiple Sklerose usw. sowie mit Wirbelsäulenfrakturen einhergehenden Fälle von Zerstörung des spinalen Erektionszentrums im Lendenmark (sogen. paralytische Impotentia coeundi), ferner jene Fälle, wo im Anschluß an Beckenquetschungen und -frakturen, sowie Schußverletzungen der N.pudendus oder der parasympathisch innervierte N.pelvicus (N.erigens) beschädigt wurden.

Bei der traumatischen Impotentia coeundi sind auch jene Störungen zu nennen, die durch den vollständigen Gliedverlust bedingt sind. Verletzungen der Corpora cavernosa, die in ihrem Endzustand, infolge narbiger Obliteration der Schwellkörper, zu mehr oder weniger schwerer Beeinträchtigung der Erektion und damit zur Zeugungsunfähigkeit führen, gehören auch hierzu. Ebenso führen Verletzungen, Zerreißen bzw. Lähmungen des M.bulbocavernosus und des M.ischiocavernosus zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Kohabitationsfähigkeit.

Die Induratio penis plastica erschwert in ihrem fortgeschrittenen Stadium die Kohabitation weitgehend.

Erektionsschwäche oder Verlust derselben findet sich auch bei Erschöpfung des Erektionszentrums, sowie bei einer Reihe chronischer, zur Kachexie führender Krankheiten und Vergiftungen (Blei, Brom, Jod, Morphinum, Nikotin, Opium usw.).

Eine mehr oder minder starke Beeinträchtigung der Potentia coeundi, d.h. der Erektion, bei Hypotonikern ist bekannt.

2. Die Begutachtung der Impotentia coeundi

MÜLLER-HESS und PANNING weisen darauf hin, daß hinsichtlich der Beischlafsunfähigkeit in der Mehrzahl der Fälle die Möglichkeit der objektiven Nachprüfung fehlt, es sei denn, daß

ein mechanisches Beischlafshindernis vorliegt. Auch zentralnervöse Erkrankungen hohen Grades und erhebliche innersekretorische Störungen können als objektiv nachprüfbar erscheinen. Vortäuschung von Kohabitationsunfähigkeit bei Unfallsneurotikern muß nach oben zitierten Autoren in Betracht gezogen werden. Sie meinen ferner, daß Beischlafsfähigkeit im Alkoholrausch nicht als unmöglich zu bezeichnen ist, weisen auf die Schwierigkeiten in der Beurteilung bei Greisen und bei psychopathischen und neurotischen Persönlichkeiten hin und führen an, daß sich hinsichtlich der Untersuchungstechnik zur Klärung der Beischlafsfähigkeit keine strengen Richtlinien aufstellen lassen.

Auch KOHLBERG betont, daß der Mangel an geeigneten Methoden zur Objektivierung spürbar wird, wenn z.B. die Beurteilung der Potentia coeundi zum Angelpunkt einer forensischen Fragestellung wird, und daß auch die geschickteste Fragestellung nicht stets zu einem klaren Bild führen dürfte.

Nach DOEPFMER kann eine Impotentia coeundi bei schweren Mißbildungen, Traumen, Krankheiten mit schweren endokrinen Störungen oder mit neurologisch nachweisbaren Ausfallserscheinungen als Ursache der Zeugungsunfähigkeit in einigen Fällen anerkannt werden. Er weist aber besonders darauf hin, daß eine Impotentia coeundi, die allein nach den Angaben des Probanden vorhanden sein und durch die oft von dem Gericht verlangte Exploration der Ehefrau erhärtet werden soll, nicht durch den Gutachter anerkannt werden kann, da diese sich einem sicheren, objektiven Nachweis entziehen muß und daß bei Fertilitätsuntersuchungen die Angaben der beiden Ehepartner zur Sexualanamnese meist grundverschieden sind.

B. DIE IMPOTENTIA GENERANDI

Den Fällen von Impotentia coeundi stehen die Kranken gegenüber, bei denen mit ungestörter Kohabitationsfähigkeit und normaler Libido die männliche Infertilität auf dem Verlust der Potentia generandi beruht.

1. Die Ursachen der Impotentia generandi

Die Ursachen der Impotentia generandi sind mannigfacher Aetiologie. HEIERMANN bringt in Anlehnung an JOEL folgende knappe Zusammenfassung der Ursachen:

I. Hormonale Dysfunktionen:

1. Störungen, lokalisiert im Hoden: Kryptorchismus, Hypoplasie bis Aplasie des germinativen und interstitiellen Hodengewebes, Hodentumoren.
2. Störungen, lokalisiert im Hypophysenvorderlappen und im Diencephalon mit meist mangelnder gonadotroper Sekretion: Hypophysärer Zwerg- oder Riesenwuchs, Akromegalie, Morbus Cushing, Simmondsche Kachexie.
3. Störungen, lokalisiert im Hypophysenhinterlappen und Diencephalon: Dystrophia adiposo-genitalis Fröhlich.
4. Störungen, lokalisiert in der Thyreoidea: Hypo- und Hyperthyreoidismus, Myxödem, Kretinismus, Morbus Basedow, Toxisches Adenom, Kachexia strumipriva mit Infertilität nach totaler Exstirpation.
5. Störungen, lokalisiert in den Nebennieren:
 - a) Nebennierenmark: Morbus Addison, Tumoren.
 - b) Nebennierenrinde: Hypo- und Hyperplasie, Tumormetastasen.
6. Diabetes mellitus.

II. Infektionskrankheiten: Mumps mit beidseitiger Orchitis, Gonorrhoe mit nachfolgender Okklusion, Tbc, Lues, fieberhafte Erkrankungen, z.B. Typhus, Diphtherie, Cholera, Pocken, Malaria, u.a.

III. Einfluß erhöhter Temperaturen, erhöhter Drucke (Klimawechsel, berufsmäßige Exponierung gegenüber extremer Wärme, Druckwechsel z.B. bei Piloten, U-Bootfahrern u.a.).

IV. Ungenügende oder falsche Ernährung.

- V. Chronische Intoxikationen: Röntgen- und Radiumstrahlen, Überdosierung von männlichem oder weiblichem Hormon, Morphinum und Derivate, Metallische und andere gewerbliche Gifte, Nikotinabusus, Alkoholismus.
- VI. Mechanische Schäden: Traumen an den Testes, Torsionen des Nebenhodens, Verletzungen bei Herniotomien und Prostatektomien.
- VII. Stauungen bedingt durch: Hydrocelen, Varicocelen, Tumoren und Cysten.
- VIII. Konstitutionelle Faktoren: Krankes Erbgut (hereditäre Hypospadie), kongenitale Hypoplasie oder Aplasie der Hoden, Geisteskrankheiten, Spermatolyse, Inkompatibilität der Keimzellen.
- IX. Abusus sexualis: Exzessive Onanie und Pollutionen, Mißbrauch des Geschlechtstriebes, zu häufiger Coitus etc.
- X. Zivilisationsschäden, Spätehe (Hast, Lebenstempo, nervöse Überreizung, ungesunde Erotisierung des Großstadtmilieus u.s.w.).

Ein weiterer Grund für eine Zeugungsunfähigkeit mit erhaltener Kohabitationsfähigkeit liegt in einer früher durchgeführten Sterilisierungsoperation, wobei nicht nur der Samenleiter unterbunden, sondern in einer Länge von 3-4 cm excidiert wurde.

2. Die Begutachtung der Impotentia generandi

Bei der Beurteilung einer Impotentia generandi sollten zwei Formen unterschieden werden:

- 1. Die mangelnde Befruchtungsfähigkeit des Ejakulats bei pathologisch veränderter Spermatogenese als Folge eines primären oder sekundären Hodenschadens (Azoospermie, hochgradige Oligospermie, sog. Nekrospermie, sog. Asthenospermie).

2. Die fehlende Befruchtungsfähigkeit des Ejakulats durch beidseitigen Verschuß der samenabführenden Wege. (Aspermie durch Mißbildungen, postinfektiöse Obstruktionen, Traumen, Tumoren)

Neuere klinische Untersuchungen, besonders durch die Verfeinerung der diagnostischen Methodik, haben gezeigt, daß es nicht ausreicht, einfach Spermien im Ejakulat nachzuweisen.

Zur genauen Diagnosestellung einer Impotentia generandi sind nach den gegenwärtigen Erkenntnissen folgende Untersuchungsmethoden anzuwenden (DOEPFMER):

- I. Die Anamnese und die Aktenvorgeschichte
- II. Die klinische Untersuchung
- III. Die Ejakulatuntersuchung
- IV. Die Hodenbiopsie
- V. Die Hormonuntersuchungen
- VI. Die röntgenologische Darstellung der samenabführenden Wege

I. Die Anamnese und die Aktenvorgeschichte

Bei der Erhebung der Anamnese sind die Angaben über durchgemachte Infektionskrankheiten (Mumps, Gonorrhoe, Typhus), über Operationen, besonders in der Kindheit (Leistenhernien), über Traumen oder Berufsschäden (Röntgenstrahlen) von Bedeutung. Für einige Fragestellungen können aus der Aktenvorgeschichte Urteile von Blutgruppengutachten oder erbbiologische Gutachten wichtige Aufschlüsse geben.

II. Die klinische Untersuchung

Aus der klinischen Untersuchung kann man wichtige Hinweise bei endokrinen Störungen, neurologischen Ausfallerscheinungen, Mißbildungen oder Verstümmelungen und bei beiderseitigen Indurationen im Bereich der Nebenhoden erhalten.

III. Die Ejakulatuntersuchung

1. Die Gewinnung

Eine grundsätzliche Schwierigkeit liegt in der Gewinnung des zur Beurteilung notwendigen Spermas.

Von MUELLER, KLOSTERMANN, STRASSMANN, KOHLBERG und LAVES wird als Methode der Ejakulatgewinnung für forensische Untersuchungen die Masturbation genannt. Als sexuelle Karenz fordert man heute höchsten 3-5 Tage, da nach MAC LEOD und GOLD bereits nach drei Tagen der Nebenhodenschwanz wieder gefüllt ist. MICHALKIEWICZ nennt eine sexuelle Abstinenz von mindestens drei Tagen. Zur Untersuchung darf nur einmal ejakuliert werden.

Obwohl MOENCH behauptet, daß der Coitus interruptus auf die Beschaffenheit der Spermien einen ungünstigen Einfluß ausübt, so ist dennoch diese Art der Samengewinnung neben der Masturbation zu nennen.

Ferner sei auch noch der Coitus condomatus erwähnt. Hierzu ist zu sagen, daß das Streupulver der Condone mechanisch und chemisch ungünstig auf die Motilität wirkt und die Samenfäden verklebt. Außerdem ist das mikroskopische Bild durch die Bestandteile des Streupulvers, wie Stärkekörnchen, Lycopodium, Talk und Kristalle gestört. Nach JOEL ist das Ausspülen von Condomen unzulänglich, denn abgesehen davon, daß oft Reste der Spülflüssigkeiten, z.B. Alkohol, Parfüm, vorhanden sind, wirken die Imprägnationsstoffe mancher Condone, vor allem das Benzen, toxisch.

ORTHNER betont ebenfalls, daß die keimzellenwidrigen Stoffe in den Condomen weder durch Waschen noch durch Auskochen entfernbar sind. MÜLLER-HESS und PANNING lassen den zu Untersuchenden die in den Condom entleerte Samenprobe sofort durch Ausschneiden des Gummis in ein reines Glas ausstreifen, wodurch der störende Einfluß des Gummis auf ein erträgliches Minimum herabgesetzt werden dürfte.

Zur Massage der Bläschendrüsen äußert sich STIASNY dahingehend, daß es trotz des Vorhandenseins von Samenfäden in Bläschendrüsen und Ampullen oft nicht gelingt,

Spermien durch Expression und Massage zu gewinnen. Zur Anwendung des Siebkatheters erklärt er, daß es ihm mit dessen Hilfe immer gelang, Spermien aus den ableitenden Samenwegen und Bläschendrüsen zu bekommen.

Die Samengewinnungsmethode nach Sims-Hühner, bei der das Ejakulat mittels einer Glaskapillare aus dem hinteren Scheidengewölbe zwei Stunden nach der Kohabitation aufgesaugt wird, scheint für eine forensische Beurteilung kaum in Frage zu kommen.

Die Gewinnung von Samenproben bei Querschnittsgelähmten und bei Impotentia coeundi durch elektrische Reize schildern HORNE, PAULL und MUNRO. Sie beschreiben einen handlichen Apparat zur Erzeugung des elektrischen Reizes. Die inaktive, mit Wasser getränkte, Elektrode wurde den Patienten auf das Os sacrum gelegt und als aktive Elektrode wurde eine Urethrasonde verwendet. Nach elektrischem Reiz hat man dann noch Massage der Bläschendrüsen und der Prostata durchgeführt. In allen diesen Fällen elektrischer Reizung mit nachfolgender Massage wurden Samenproben erhalten. Bei über 100 dieser Behandlungen haben sich angeblich keine Komplikationen ergeben.

2. Die Beurteilung

Die Beurteilung von Samenveränderungen hat eigentlich die genaue Kenntnis des Normalbildes des Ejakulats, der Normospermie, zur selbstverständlichen Voraussetzung. Aber gerade darüber liegen sichere Feststellungen nur in durchaus unzulänglichem Maße vor. Die Literaturangaben schwanken sowohl in Bezug auf die Menge des Ejakulats, wie auch hinsichtlich der Zahl und Beschaffenheit der Samenfäden und deren Motilität.

a) Die makroskopische Beurteilung:

Die Menge des Ejakulats schwankt bei "normalen" Männern vom 20. bis 65. Lebensjahr zwischen 0,5 bis 13,4 ccm (BOEMINGHAUS). Der mittlere Durchschnittswert beträgt 3,38 ccm, was MAC LEOD an einem Material von 1400 Untersuchungen bestätigen konnte. Nach JOEL sind größere Mengen bisweilen, kleinere Mengen (besonders 0,5 ccm) meist pathologisch.

Die Farbe des normalen Spermas ist vorwiegend milchig-trüb. Diesen "satten" Farbton verdankt es einem hohen Spermiengehalt. Bei geringem Spermiengehalt ist das Sperma heller. Es ist durchsichtig bläulich gefärbt, wenn überhaupt keine Spermien vorhanden sind.

Die Konsistenz ist weder beständig noch einheitlich. Das frischentleerte Sperma ist dickflüssig und milchig. An der Luft gerinnt zunächst ein Teil des Spermas, das sich nach 10 bis 30 Minuten verflüssigt hat. Einige sagoähnliche Körner können bis zu einer Stunde ihre Konsistenz erhalten (KOHLEBERG). Die milchige Beschaffenheit erhält das Sperma durch das Prostatasekret. Die leicht opaleszierende gallertartige faden- und sagokornartige Beschaffenheit ist auf das Sekret der Bläschendrüsen zurückzuführen. Geringere oder größere Trübung und Dichte lassen im allgemeinen keine Rückschlüsse auf die mikroskopische Zusammenstellung zu. Gelegentlich zeichnet sich ein Ejakulat durch sehr starke Zähflüssigkeit aus, sodaß keine Verflüssigung eintritt. Unter dem Überschuß an Schleim leidet die Beweglichkeit der Samenfäden (JOEL).

Der Geruch wird von OETTL mit dem der blühenden Kastanie verglichen. Nach KOHLEBERG ähnelt er verdünntem Formalin.

Von Geschmack soll das Sperma salzig sein.

Die pH-Konzentration beträgt nach MAC LEOD und GOLD bei Normospermie 7,3. Sie ändert sich aber bei längerem Aufenthalt des Ejakulats bei Zimmertemperatur durch Ansteigen von 7,3 auf 8 (9). Nach DOEPFNER macht ein pH-Wert unter 7 eine Mißbildung der samenabführenden Wege oder einen Verschuß der Ductus ejaculatorii wahrscheinlich, bei dem die sauren Sekrete der Prostata überwiegen.

Die Ergebnisse der makroskopischen Untersuchung eines Ejakulats lassen keine festen Schlüsse hinsichtlich des Zustandekommens einer Konzeption zu.

b) Die mikroskopische Beurteilung:

In rechtlicher Hinsicht spricht der Nachweis eines beweglichen, beispielsweise aus dem Bläschendrüsensexpressat

gewonnenen Spermiums gegen die Zeugungsunfähigkeit des Mannes. "Theoretisch genügt natürlich ein Samenfaden zur Befruchtung. Wenn man aber bedenkt, daß in der ganzen Natur bei dem Befruchtungsvorgang eine solche scheinbare Verschwendung herrscht, dann darf man den zwar wissenschaftlich nicht exakten, aber dennoch richtigen Schluß ziehen, daß der Befruchtungsvorgang und die Erhaltung der Gattung diese scheinbare Verschwendung verlangt und daß bei stark herabgesetzter Spermienzahl die Befruchtung theoretisch zwar möglich, aber erschwert bzw. unwahrscheinlich wird und daß bei stärkeren Ausmaßen dieser Zustand praktisch einer Infertilität gleichkommt." (BOEMINGHAUS).

Wenn auch heute die Standardwerte für die Zahl, Motilität und die Morphologie noch umstritten sind, so haben doch die Untersuchungsergebnisse von MAC LEOD und GOLD an je 1000 Ehepartnern fertiler und infertiler Ehen, als Hauptkriterien für eine klinische Beurteilung des Ejakulats, große Bedeutung.

DOEPFMER bringt folgende Tabelle über die Beurteilung des Ejakulats mit Durchschnittswerten und unteren Grenzwerten der Norm und der Fertilitätschance nach den Untersuchungen von MAC LEOD und GOLD:

Fertilitätschance	Zahl der Spermien Mill/ccm	Motilität		Morphologie normal geformte Spermien in %	Zellen der Samenreifeungsreihe in %
		Quantität in %	Qualität in Graden ⁺		
Durchschnittswerte ⁺⁺⁺⁾	40-120	65-95	3-4	70-90	1-2
gut	über 40	über 60	3-4	über 80	1-2
ausreichend ⁺⁺⁾	20-40	40-60	3	60-80	2
schlecht	unter 20	unter 40	unter 2	unter 60	über 2
untere Grenzwerte der Norm	20	40	2	60	2

+) Gradeinteilung der Qualität der Bewegung nach MAC LEOD und GOLD.

++) Von den meisten Autoren als Bereich der Subfertilität bezeichnet.

+++) Nach viertägiger sexueller Karenz.

Spermienzahl: Nach MAC LEOD und GOLD liegt die untere Grenze der Norm für eine Konzeption bei 20 Millionen Spermien im ccm und nicht - wie früher angenommen wurde - bei 60 Millionen im ccm. Die Fertilitätschance steigt nach genannten Autoren bei Zahlen über 20 Millionen im ccm nicht proportional mit dem Ansteigen der Zahl. Diese untere Grenze der Norm darf jedoch nicht so aufgefaßt werden, daß bei 15 Millionen im ccm wahrscheinlich eine Infertilität und erst bei 25 Millionen eine sichere Fertilitätschance vorliegt. Mit Sicherheit wurden - wenn auch selten - Konzeptionen bei Zahlen unter 25 Millionen im ccm beobachtet. HOTSCHKISS sah bei Zahlen unter 20 Millionen pro ccm nur bei 5 % der Fälle Konzeption auftreten.

Beim Fehlen von Spermien im Ejakulat muß nach DOEPFMER zwischen einer Aspermie und einer Azoospermie unterschieden werden. Unter einer Aspermie versteht man das Fehlen der Spermien und aller Zellen der Samenreifungsreihe. Eine Azoospermie ist, im Gegensatz zu einer Aspermie bei ebenfalls fehlenden Spermien, durch das Vorkommen von Zellen der Samenreifungsreihe charakterisiert. Bei kompletter Degeneration des Samenepithels kann eine Azoospermie so hochgradig sein, daß sie unter dem Bilde einer Aspermie in Erscheinung tritt. BELO-NOSCHKIN trifft ferner noch die Unterscheidung zwischen einer sekretorischen und exkretorischen Azoospermie. Bei der sekretorischen Azoospermie fehlt die Spermatogene. Bei der exkretorischen Form ist die Samenbildung an sich nicht beeinträchtigt, aber infolge Unwegsamkeit der Samenwege können die Spermien nicht nach außen gelangen.

Aber nicht nur das völlige Fehlen der Samenfäden bedeutet Infertilität, auch Zustände auffälliger Oligospermie stellen die Fruchtbarkeit des Mannes in Frage.

DOEPFMER führt folgende Formen der Oligospermie an:

- a) Die temporäre, prognostisch günstige, die durch Infekte oder interkurrente Krankheiten, Überarbeitung, Abmagerung usw. bedingt sein kann.
- b) Die konstante, prognostisch ungünstige mit Zahlen unter

5-10 Millionen Spermien im ccm. Sie kann nach Infektionskrankheiten, Entwicklungsstörungen, Traumen und anderen endogenen und exogenen Schäden entstehen. Bedingt kann diese Form sowohl durch Schädigungen der Spermiogenese als auch durch Störungen der Durchgängigkeit der samenabführenden Wege sein.

- c) Die periodische (selten vorkommende) Oligospermie, deren Entstehungsgründe noch unbekannt sind.

Diese genannten Formen werden nun wieder unterteilt in: Oligospermien mit normaler Motilität und Morphologie der Spermien, wie sie z.B. beim Ausfall eines ganzen Hodens und sogar eines Teiles des anderen Hodens, möglich sind. Ferner in Oligospermien mit gleichzeitiger schlechter Motilität und Morphologie der Spermien, wie sie nach Spermiogenesehemmungen verschiedenster Aetiologie, aber auch bei normaler Funktion des einen und schwerer Schädigung des anderen Hodens vorkommen.

Motilität: Bei der Beurteilung der Motilität der Spermien muß nach DOEPFNER streng zwischen der Qualität der Bewegung (Intensität der Bewegung oder Schnelligkeit der Vorwärtsbewegung) und der Quantität der Bewegung (Zahl der sich bewegendenden Spermien) unterschieden werden. Für die Bestimmung der Motilität ist nur die Auswertung der Qualität und der Quantität von diagnostischer Bedeutung. Bei der Quantität wird der Prozentsatz der sich bewegendenden zu den sich nicht bewegendenden Spermien angegeben und bei der Qualität wird auf Grund des subjektiven Eindrucks die Intensität nach gewissen Einteilungsgraden (vier nach MAC LEOD und GOLD) bestimmt. In einem normalen Ejakulat sind 65-95 % der Spermien beweglich. Die untere Grenze der Norm liegt bei der Quantität um 40 % und bei der Qualität um den Grad zwei. Im allgemeinen geht eine gute Qualität mit einer guten Quantität einher. Eine gute Qualität der Bewegung soll nach MAC LEOD und GOLD eine bessere Konzeptionschance, als eine gute Quantität der Bewegung haben. Eine gute Qualität der Bewegung soll eine niedrige Zahl der Spermien ausgleichen können.

Ergibt die Untersuchung des Ejakulats nur unbewegliche Spermien, so spricht man von Nekrospermie. BOEMINGHAUS weist darauf hin, daß der Ausdruck "Nekrospermie" nicht mit "Spermientod" identisch ist und man deshalb nur, wenn die Spermien Ösenbildung oder Zerfall bzw. Auflösung zeigen, von toten Spermien sprechen kann.

Die Begriffe "Nekrospermie" oder "Asthenospermie" sind nach DOEPFMER ohne die Ergebnisse der Hodenbiopsie weder im anerkennenden noch im aberkennenden Sinne für eine forensische Begutachtung zu verwerten.

Morphologie: Die Morphologie der Spermien wird im Differentialspermiogramm durch das prozentuale Verhältnis der normal geformten zu den pathologisch veränderten Spermien bestimmt. Im Spermio cytogramm wird das prozentuale Verhältnis aller Spermien zu den Zellen der Samenreifungsreihe festgestellt. Normalerweise kommen im Ejakulat auf 100 Spermien etwa 0,25-2 Zellen vor (JOEL).

Nach MAC LEOD und GOLD finden sich in einem normalen Differentialspermiogramm 75-95 % normal geformte Spermien. Die untere Grenze der Norm dürfte bei 60 % liegen. Bei der Vermehrung pathologisch geformter Spermien und bei einer Herabsetzung der Motilität muß auch an eine Überalterung der Spermien bei zu langer sexueller Karenz gedacht werden (DOEPMER).

3. Täuschungsversuche und die Entlarvung

Bei der Deutung des Spermigramms muß nach DOEPMER mit folgenden Betrugsmöglichkeiten gerechnet werden:

a) Begutachtung des Ejakulats einer zeugungsunfähigen, vorgeschobenen Person:

In diesem Fall wird von dem auf Vaterschaft Beklagten ein anderer Mann geschickt, der zeugungsunfähig ist.

Dieser Betrug kann vereitelt werden, wenn man, wie LAVES empfiehlt, in jedem Falle die Personalien des zu Untersuchenden durch Ausweispapiere, Fingerabdrücke oder Lichtbilder festlegt.

b) Unterschieden einer spermaähnlichen Flüssigkeit oder eines fremden Ejakulats:

NIPPE konnte Fälle beobachten, wo zwar der onanistische Akt bis zu Ende durchgeführt wurde, dann jedoch das Sperma aus der Petrischale entfernt und zu Täuschungszwecken durch einige Kubikzentimeter Urin ersetzt wurde.

NIPPE empfiehlt in solchen Fällen schnell mikroskopisch zu untersuchen, weil häufig so noch bewegliche Spermien gefunden werden, die dann für die Zeugungsfähigkeit des Betreffenden sprechen.

Will man sich vergewissern, ob überhaupt Samenflüssigkeit entleert worden ist, so sei auf die Proben nach FLORENZE, BARBERIO, NIEDERLAND und PURANEN hingewiesen. Von PURANEN wurde eine mikrochemische Spermaprobe angegeben. Sie dient dem Nachweis des Spermins aus der Samenflüssigkeit und nicht dem Nachweis der Spermien selbst. Sie beruht darauf, daß sich aus dem Spermin und dem Reagenz Naphtholgelb S(=2,4 Dinitro- α -naphtholsulfonsäure), typische gelbe Kristalle bilden, die in 300facher Vergrößerung sichtbar sind.

Die Reaktion fällt also auch bei Azoospermie positiv aus. Andere körpereigene oder -fremde Stoffe geben, wie auch Tier-sperma, keine positive Reaktion, sodaß ein positiver Befund forensische Bedeutung hat (BERG).

Die Echtheit eines von dem Probanden frisch gewonnenen Ejakulats wird nach DOEPFNER am zuverlässigsten durch die Prüfung der Verflüssigungszeit, der Viskosität, des pH-Wertes und des Geruchs bestimmt. Durch die Prostataexpression und das sorgfältige äußere Ausstreichen der Urethra nach der Ejakulation kann festgestellt werden, ob überhaupt ein Samenerguß stattgefunden hat, denn nach der Ejakulation finden sich im Prostataexpressat bei normaler Spermiogenese meist zahlreiche Spermien, die durch eine Bläschendrüsenauspression vor der Ejakulation oft nicht nachgewiesen werden können.

Beim Abgeben eines nichtkoagulierten Spermas muß an eine

Spermatorrhoe oder an eine unvollständige Ejakulation gedacht werden, bei der es nicht zur Ausstoßung des Inhalts des Nebenhodenschwanzes und aller Sekrete der akzessorischen Geschlechtsdrüsen kommt. Der typische Geruch des Spermas kann bei Krankheiten der Prostata und besonders bei Mißbildungen der akzessorischen Geschlechtsdrüsen verändert sein.

c) Zusatz von spermioziden oder Spermien immobilisierenden Mitteln oder Abgabe eines anders vorbehandelten Spermas:

Für die Erkennung dieses Betrugsmanövers nennt DOEPFMER, neben der Bestimmung der Verflüssigungszeit und des Geruchs sowie der Untersuchung des Prostata- und Bläschendrüsensexpressats vor und nach der Ejakulation, die Prüfung des pH-Wertes. Unmittelbar nach der Verflüssigung hat das Ejakulat einen pH-Wert zwischen 7,1-7,5 (MAC LEOD und GOLD). Dieser Wert steigt während der ersten 6 Stunden nach der Ejakulation spontan auf 8,0-9,0. Wenn nun hohe, über dem Durchschnitt liegende pH-Werte vorliegen, so kann man daraus schließen, daß das abgegebene Ejakulat nicht mehr frisch ist oder daß es sich um ein unterschobenes Ejakulat handelt. Bei größeren Abweichungen des pH-Wertes von der Norm muß bei einem frisch gelieferten Ejakulat an einen Zusatz von spermioziden oder motilitätshemmenden Mitteln gedacht werden. Durch Zusatz von spermioziden Mitteln nach einer Ejakulation läßt sich eine Täuschung nicht durchführen, da bei einer Akinese der Spermien eine Zeugungsunfähigkeit nicht auszuschließen ist.

VAN DEMARK und HAYS (zit.v. DOEPFMER) konnten bei Kühen nach der natürlichen oder künstlichen Besamung bereits nach 2-4 Minuten bewegliche und unbewegliche Spermien in den Tuben nachweisen; diese konnten den Weg in die Tube in dieser kurzen Zeit bestimmt nicht aus eigener Kraft zurücklegen.

Mit Hilfe des Eosin-Tests (Vitalitäts-Test) können abgestorbene akinetische von sogenannten vitalen akinetischen Spermien unterschieden werden.

Isolierte Störungen der Motilität bei normaler Zahl und Morphologie deuten auf Betrugsmanöver oder auf eine Schädigung

der Nebenhodenfunktion hin.

Bei einer vorgetäuschten Aspermie durch Zentrifugation oder Sedimentierung kann, bei fehlendem Nachweis der Spermien im Bläschendrüsens- und Prostataexpressat und wenn die Hodenbiopsie verweigert wird, dieser Betrug durch die Bestimmung der Hyaluronidase entlarvt werden. Bei einer durch einen Verschuß der samenabführenden Wege bedingten Aspermie ist im Gegensatz zu der betrugsbedingten Aspermie keine Hyaluronidase oder ein sehr niedriger Hyaluronidasewert nachweisbar.

Die Entlarvung eines durch chemische Zusätze oder durch eine andere Vorbehandlung veränderten Spermas läßt sich vor allem durch Expression der Bläschendrüsens und der Prostata vor und nach der Ejakulation ermöglichen.

d) Erschöpfungsazoospermie:

Von einer Erschöpfungsazoospermie spricht man, wenn durch mehrere Ejakulationen unmittelbar vor der Untersuchung oder in der Nacht vor der Untersuchung eine hochgradige Oligospermie oder eine Azoospermie im Spermiogramm vorliegt (DOEPFMER). LANZ hat festgestellt, daß bei Mensch und Hund der Vorrat des Samenspeichers schon durch 4 innerhalb kurzer Zeit aufeinanderfolgende Entleerungen erschöpft wird, ohne daß erkennbarer Nachschub oder gesteigerte Spermiogenese die Erschöpfung überdeckt. Von der 4. Entleerung ab ist die ausgepreßte Flüssigkeit meist frei von Spermien.

Nach MICHALKIEWICZ enthält die erste Fraktion des Ejakulats 75 % der Spermatozoen, die weiteren Portionen den Rest in Gestalt weniger reifer mit geringerer Beweglichkeit.

Eine Erschöpfungsazoospermie kann vom Untersucher an der kleinen Samenmenge (etwa 0,5 ccm) und der Vermehrung der Zellen der Samenreifungsreihe (normal 0,5-2 %) erkannt werden. Sofern bei einer inkompletten Erschöpfungsazoospermie im Sediment des Ejakulats noch Spermien auffindbar sind, zeigen diese Samenzellen in vermehrtem Maße Protoplasmotropfen, die in einem normalen Ejakulat nur in 1-2 % vorhanden sein können.

Bei sehr kleinen Ejakulatmengen können auch endokrine Störungen, Mißbildungen der akzessorischen Geschlechtsdrüsen oder eine unvollständige Ejakulation vorliegen.

e) Die medikamentös hervorgerufene Azoospermie:

Auf dieses am wenigsten bekannte und am schwierigsten zu entlarvende Betrugsmanöver weist DOEPFNER besonders hin. Es liegt hier eine durch hohe Dosen von Oestrogenen oder von Testosteronen hervorgerufene Azoospermie vor. Die Diagnose kann nur durch das Spermio cytogramm, die Hodenbiopsie und die Bestimmung der 17-Ketosteroide sowie der follikelstimulierenden Hormone im Urin gestellt werden.

Im Spermio cytogramm befindet sich in solchen Fällen eine sehr große Menge von Zellen der Samenreifungsreihe wie Spermio cyten, Spermatogonien und Spermatiden.

Für die Diagnose einer medikamentös ausgelösten Azoospermie ist die Hodenbiopsie wichtiger als die Bestimmung der 17-Ketosteroide, deren Ausscheidung oft großen individuellen Schwankungen unterworfen ist.

IV. Die Hodenbiopsie

Die Vornahme einer Hodenbiopsie ist gerade bei der forensischen Beurteilung der männlichen Zeugungsfähigkeit wichtig. Ihr Ergebnis allein kann Aufschluß über den Funktionszustand der Spermatogenese geben; vor allem bei hochgradigen Oligospermien, Azoospermien und Aspermien. Sie stellt einen sehr einfachen, risikolosen, chirurgischen Eingriff dar, bei dem in Lokalanästhesie nach Durchtrennung der Skrotalhaut und der Hodenhüllen ein linsengroßes Stück des Hodenparenchyms für die histologische Untersuchung entnommen wird.

FÜLLER und HEINKE führen an, daß man folgendes aus dem histologischen Hodenbild ersehen kann:

1. Es gibt Aufschluß über den Zustand der im Interstitium gelegenen Leydigischen Zwischenzellen und läßt gewisse Rückschlüsse auf deren Tätigkeit zu. Weiterhin läßt sich erkennen, ob die Samenbildung im Tubulusapparat in normaler Weise

abläuft. (Vergleiche mit dem Ergebnis der Ejakulatsuntersuchung sind wichtig.)

2. Ferner gibt es auch Auskunft über die gonadotrope Aktivität des Hypophysenvorderlappens.
3. Man kann Aufschluß über etwaige vorliegende degenerative oder entzündliche Vorgänge und ihren genauen Sitz innerhalb der histologischen Strukturelemente erhalten.

Kontraindikation der Hodenbiopsie besteht:

1. Bei Verdacht auf Hoden- oder Nebenhodentuberkulose und anderen Infektionskrankheiten.
2. Bei Krankheiten, die einen normalen Heilverlauf der Operation in Frage stellen können (Diabetes, Pyodermien u.a.m.).

Durch die Hodenbiopsie können in den meisten Fällen Betrugsmänöver entlarvt werden und vor allem bei einer kompletten Azoospermie oder einer Aspermie weitaus exaktere Aussagen als durch den Ejakulatsbefund erbracht werden (DOEPFMER).

Die Hodenpunktion ist abzulehnen, weil sie für die morphologische Beurteilung der Spermien wertlos ist (MUELLER, STIASNY). Die Beweglichkeit der Spermien wird erst durch das Sekret der Prostata und Bläschendrüsen herbeigeführt.

Ferner erlaubt die Hoden- und Nebenhodenpunktion keine gutachterliche Stellungnahme, sofern z.B. ein Verschuß der abführenden Wege vorliegt.

V. Die Hormonbestimmung

Die Hormonbestimmungen im Urin dienen nach DOEPFMER weniger zur Erfassung der Schwere eines Hodenschadens, sondern mehr zur exakten Diagnose des für die Therapie so wichtigen Unterschiedes zwischen hypergonadotropem und hypogonadotropem Hypogonadismus (primärem und sekundärem Hodenschaden).

Bei der Diagnose einer medikamentös hervorgerufenen Azoospermie ist die Bestimmung der 17-Ketosteroide sowie der follikelstimulierenden Hormone von Bedeutung.

VI. Die röntgenologische Darstellung der samenabführenden Wege

Beim Vorliegen einer Aspermie, bei der in der Regel eine normale Spermatogenese besteht, kann man durch sie die Lokalisation und vielleicht die Ursache des Verschlusses feststellen.

Nach DOEPFMER nimmt die mit einer hochgradigen Oligospermie oder mit einer Azoospermie einhergehende generalisierte, peritubuläre Fibrose der Tubuli eine Sonderstellung in der Begutachtung ein. Das Bemerkenswerte bei dieser manchmal familiär beobachteten und verschieden schnell fortschreitenden Krankheit ist, daß Patienten, die noch vor wenigen Jahren fruchtbar waren, am Tage der Begutachtung, die oft erst nach 1 oder 2 Jahren erfolgt, auf Grund des Ejakulatsbefundes und der histologischen Untersuchung, infertil sind.

Wenn man die Beurteilung der Zeugungsfähigkeit des Mannes betrachtet, so ist zu ersehen, daß es bis jetzt keine mathematischen und biologischen Daten gibt, welche den biologischen Wert des Ejakulats einwandfrei ausdrücken könnten. Die Urteilsbildung hängt von zahlreichen Faktoren ab. Es muß ein langer Weg von der Untersuchung bis zum Urteil zurückgelegt werden und nur selten bietet sich die Möglichkeit, die Zeugungsfähigkeit des Mannes absolut zu beurteilen.

ZWEITER TEIL
DIE INFERTILITÄT
ALS KB-LEIDEN UND UNFALLFOLGE

A. DIE URSACHEN DER KRIEGS- ODER UNFALLBEDINGTEN
MÄNNLICHEN INFERTILITÄT

Bei den Ursachen der kriegs- oder unfallbedingten männlichen Infertilität hat man zu unterscheiden zwischen Verletzungen, die primär die männlichen Genitalorgane getroffen und zum Verlust derselben geführt haben und solchen, die erst sekundär auf die Genitalorgane im Sinne einer Fertilitätsminderung oder gar einer Infertilität wirken. Diese Schäden finden ihren Ausdruck in der

Impotentia generandi
und in der
Impotentia coeundi

1. Verletzungen mit Verlust
der Genitalorgane

Hier sind alle Verletzungen zu nennen, die zum Verlust der Hoden oder des Gliedes geführt haben.

Da nach SCHEELE der Hoden dank seiner Beweglichkeit einer langsam andringen stumpfen Gewalt ausweichen kann, so muß es sich bei Verletzungen, die zum Verlust des Organs führen, um schnell einwirkende peitschenartige Schläge, gewaltige Stöße oder um Schußverletzungen handeln.

Offene Verletzungen des Penis haben mehr oder weniger ausgedehnten Verlust des Organs zur Folge. KÜTTNER teilt Fälle mit, wo es durch Schindungsverletzungen zu totaler Abtrennung von Penis, Skrotum und Hoden kam. Es sind Fälle bekannt, wo sich die Kleider des Arbeiters in rotie-

renden Maschinenteilen, Zahnrädern und Transmissionen verfrachten und samt dem eingeklemmten Penis abgerissen bzw. abgequetscht wurden. Nach STADLBAUER kann es auch beim Herabgleiten an einem Seil oder an einem Baumstamm zur Schindungsverletzung kommen.

2. Verletzungen, die indirekt zur Infertilität oder zu Fertilitätsstörungen führen

Eine Impotentia coeundi kann nach MENZEL außer durch traumatischen Verlust der Genitalien zustande kommen: Durch eine Schädigung des nervösen Innervationszentrums im Sakralmark, durch Zerreißung sympathischer Fasern des vegetativen Systems, durch Narbenbildung nach unmittelbarer Verletzung oder nach langem Liegen eines Dauerkatheters, der über die Urethritis zu einer Cavernitis führen kann. Ihre Narben nach den entzündlichen Infiltraten stören die Erektion. MENZEL berichtet, daß man in der Literatur über Spätschäden nach Beckenbrüchen mit Harnwegverletzungen zwar gelegentlich kurze Hinweise auf spätere Beeinträchtigung der Potenz (Potentia coeundi) findet. Die Ursachen der sexuellen Funktionsstörung nach Beckenverletzungen werden dagegen nur wenig gewürdigt. Es handelt sich dabei fast immer, wie bei DUMPERT, BURCKHARDT und WHITE, um kasuistische Mitteilungen. In allen beschriebenen Fällen wird ausschließlich von der Impotentia coeundi gesprochen, bei der die Libido und die Ejakulationsfähigkeit erhalten ist. Bei den genannten Mitteilungen sind zwei Gruppen zu trennen. DUMPERT berichtet von zwei Fällen, bei denen durch eine Schädigung des nervösen Innervationszentrums im Sakralmark die Impotentia coeundi eintrat und dadurch auch verständlich ist. WHITE weist dagegen darauf hin, daß auch ein Unvermögen der Erectio penis vorliegen kann, wenn keine zentralen nervalen Ausfallserscheinungen faßbar sind. Er beschuldigt dafür das vegetative System indem er annimmt, daß es bei der Beckenverletzung zur Zerreißung sympathischer Fasern kommt. Betont wird ferner noch die psychische Komponente im Sinne

einer Komplexreaktion. MAGNUS beobachtete nach Beckenfrakturen Erektionsstörungen.

Beim Menschen sah DRESSLER nach doppelseitiger Entfernung von je 2 Ganglien zwischen L_2 und L_4 verzögerten Eintritt der Ejakulation, Verringerung der Menge des Spermas, Abnahme der Libido und der Erektion und Ausbleiben des Orgasmus. Eine regelmäßige Beeinträchtigung der Sexualsphäre braucht nach einseitigen Operationen nicht erwartet zu werden, dagegen ist nach KMENT nach doppelseitigen Resektionen des lumbalen Grenzstranges die Wahrscheinlichkeit eines Schadens sehr groß. Es kann bis zu völligem Erlöschen des Geschlechtslebens kommen. Besondere Gefährdung liegt in der Verletzung des ersten und zweiten Lendenganglions, weil hier die sympathischen Bahnen für Erektion und Ejakulation verlaufen. Nach BURKHART und SCHMITT sind bei der Beurteilung des Einflusses von Grenzstrangeingriffen auf die Sexualfunktion und die Spermio-genese Fälle auszuschließen bzw. kritischer zu beurteilen, bei denen einer der folgenden Zustände vorliegt: Reduzierter Allgemeinzustand, Sträpazen, physiologische Involution, Nervenkrankheiten, akute fieberhafte und chronische krankhafte Veränderungen, Psychosen und dergleichen; seelisches Trauma irgendwelcher Genese; psychische Fixierung an die Erkrankung u.a.; seelische Belastung, familiär, milieu-, krankheitsbedingt.

Daß Kriegsverletzungen in Form von Rückenmarkschädigungen nach Störungen der Blase und des Mastdarms, sowie Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen häufig auch Störungen der Fertilität hervorrufen, konnte GERTLER an drei Patienten beobachten. So lag bei einem Patienten mit Herabsetzung der Libido und starker Verzögerung der Ejakulation bei unbeeinträchtigter Erektionsfähigkeit eine cauda-Schädigung im Bereich der hinteren Wurzel des mittleren Sakralmarkes vor. Die auslösende Ursache war ein Durchschuß oberhalb des rechten Beckenkammes zur linken Glutäalgegend.

Dem zweiten Kranken war durch ein Infanteriegeschoss der Dornfortsatz des 7.Halswirbels abgerissen worden. Die Folge

davon war eine verlangsamte Erektion, die, ähnlich wie bei der Masturbation, nur nach Manipulation am Glied auftrat. Im übrigen bestanden eine Ataxie der oberen Extremitäten, sowie eine Parese der Muskulatur sämtlicher Extremitäten. Diese Ausfallserscheinungen deuten nach GERTLER auf eine Prellung des Rückenmarkes hin.

Bei dem dritten Patienten war infolge einer Prellung des 12.Brust- und 1.Lendenwirbels der Orgasmus stark herabgesetzt und die Ejakulation blieb bei erhaltener Libido und Erektionsfähigkeit aus. Auch in diesem Falle bestand, wie bei dem ersten Kranken, eine Schädigung des caudalen Sakralmarkes, das im oberen Sakralmark gelegene Erektionszentrum war unversehrt.

Dem Verlust der Hoden gleichzusetzen sind hochgradige Hodenatrophien. Nach folgenden Verletzungen wurde Hodenatrophie beobachtet:

BIOLATO sah nach einem Hodenhämatom schmerzhaftes Schwellen und später Fistelbildung am Skrotum. Der Hoden zeigte Drucknekrose des Drüsengewebes mit Obliteration der Gefäßlumina. Sonst sind nach SCHEELE Schwielen oder totale Atrophie die Spätfolge. SCHUBIN beschreibt eine Schußverletzung des Samenstranges. Diese Verletzung hatte zu einem großen Hämatom und in der Folgezeit zu totaler narbiger Obliteration des Samenstranges und Atrophie des Hodens geführt. BURCKHARDT weist darauf hin, daß bei Schußverletzungen eine Hodengangrän durch Schädigung der zuführenden Hauptgefäße, also ohne direkte Wirkung der Zertrümmerung zustande kommen kann.

Daß einer stärkeren Quetschung und Durchblutung und ebenso einer traumatischen Verlegung des Samenleiters Atrophie des Hodens folgen kann, wird von BURCKHARDT erwähnt.

Hodenatrophie nach spontanem embolischem Verschuß der Arteria spermatica wird von KÜTTNER, LEQUA (zit.v. SCHEELE) berichtet. Daß aber auch ein gesunder Hoden eines ganz gesunden Menschen ohne jede bekannte Veranlassung schwinden kann, ist aus den Untersuchungen von KÜTTNER zu ersehen. KÜTTNER

konnte Totalnekrose des Hodens bei zwei Patienten beobachten, wo aber jede greifbare Ursache für den Schwund des vorher ganz gesunden Organs fehlte.

Eine eigenartige Form der Hodenatrophie, die nach Verletzungen des Lendenmarkes und des Kleinhirns auftritt, beschreibt KOCHER. Diese Atrophie hatte Verlust der äußeren und inneren Sekretion des Hodens zur Folge.

DICK sieht den Schwund des Hodenparenchyms nach Grenzstrangresektion als Folge der dadurch ausgelösten Hyperthermie an. Im Tierversuch erzeugte MARCONI (zit.v. SCHEELE) Hodenschwund durch Resektion des Gangl. mesenteric. inf.

DICK berichtet, daß FÖRSTER Hodenatrophie nach Comotio cerebri feststellte, ROKITANSKY sie nach Kleinhirnverletzungen und MOLIN nach Halsmarkverletzungen beobachtete.

Im Anschluß an Operationen im kleinen Becken (Mastdarm) können nach DUMPERT durch Verletzung der sympathischen Nerven Atrophie der Hoden und Aufhören der Spermiogenese folgen.

Erhöhte Wärmeeinwirkung auf den Hoden bei Lage im Leistenkanal oder unter einer Hautlappenplastik hat nach DICK Atrophie und Störung der Spermiogenese zur Folge, denn erst die Lagerung gesunder Hoden in einem normalen Skrotum gewährleistet die Zeugungsfähigkeit. Von Bedeutung ist die Erkenntnis, daß mit dem Verlust des Hodensackes, z.B. durch Schindungsverletzungen, auch die Zeugungsfähigkeit verloren geht.

Die traumatische Entstehung der Nebenhoden und Hodentuberkulose ist äußerst selten, fast stets handelt es sich, wenn überhaupt ein Unfallereignis in Frage kommt, um Verschlimmerung einer bestehenden Erkrankung (SCHEELE).

Daß zentral-nervöse Einwirkungen, z.B. Schädeltraumen, aber auch psychische Einwirkungen für die männliche Genitalsphäre nicht nur als Ursache gewisser funktioneller Störungen, z.B. Impotentia coeundi, eine Bedeutung haben, sondern daß auch die Spermiogenese zentralnervösen Einflüssen unterliegt, und daß Störungen dieser zentralnervösen Einflüsse bis zu hochgradigen anat. Veränderungen der Hoden führen können, hebt SCHUER-

MANN besonders hervor.

GERTLER erwähnt "Konfliktsituationen" als Ursache von Fertilitätsstörungen. STIASNY berichtet über "psychische Insulte" als Ursache männlicher Keimdrüschenschädigungen und betont ihre Häufigkeit bei "Soldaten" während des Krieges.

STIEVE schreibt, daß der Einfluß des Nervensystems sich "bei kaum einem anderen Organ" so sinnfällig zeigt, wie an den Keimdrüsen.

STEFKO wies zur Zeit der russischen Revolution nach, daß bei schwer hungernden Knaben die Samenbildung nicht beginnt. Von 35 Männern, die im Alter von 16-42 Jahren an Hunger starben, wurden bei 17 keine Samenfäden gefunden.

Auch bei leichteren und schweren Gehirnverletzungen wurden Keimdrüschenschädigungen beobachtet.

CENI (zit.v. STIASNY) hat dies im Experiment nachgewiesen. Er betäubte Hunde durch Schläge auf den Kopf und beobachtete, daß nach zwei Monaten fast alle Samenbildungszellen verschwunden waren. Erst lange Zeit später begann die Samenbildung von neuem. Diese experimentell verursachte Störung der Spermiogenese war auf die schwere Gehirnerschütterung zurückzuführen.

Nicht nur bei Schädelbrüchen, sondern auch nach leichteren Hirnerschütterungen oder starken Stößen gegen den Kopf, hat STIER "überraschend häufig" Störungen der Geschlechtstätigkeit beobachtet, die um so mehr als objektiver Befund gewertet werden können, als sie bei keinem der Beschädigten zu Ansprüchen auf Rentengewährung geführt hatten. In 1/2 Jahren hat der genannte Autor 48 derartige Fälle beobachtet, neben den sexuellen Störungen bestanden vielfach auch solche auf anderen Gebieten des vegetativen Apparates. Neben dem Verluste der Libido war bei den jüngeren Männern die eigentliche Potenz (Potentia coeundi) seltener, bei den über 40-Jährigen regelmäßig schwer geschädigt bzw. aufgehoben. Als Ort der Schädigung kommt der Hirnstamm, speziell die Gegend des Zwischenhirns, in Betracht. Nur selten besteht nach STIER eine Neigung zur Ausheilung. Die Reihenfolge, in der die Schädigung sich auswirkt, ist in der

Regel die, daß zunächst der Biotonus leidet und daher der Geschlechtsakt abnorm erschöpfend wirkt, dann folgt die Erschwerung und Verlangsamung der Ejakulation, die Verminderung und schließlich das Ausbleiben der Erektionen auch bei direkter Reizung.

Auch DOEPFMER weist darauf hin, daß bei Hirnverletzten in einem großen Prozentsatz ein Nachlassen der Libido zu beobachten ist. Bei diesem Nachlassen der Libido handelt es sich jedoch nicht um eine völlige Impotentia coeundi.

Nach FROWEIN und HARRER sind sexuelle Störungen in der ersten Zeit nach einer traumatischen Hirnschädigung häufig. Sie bilden sich, insbesondere bei jüngeren Menschen, im allgemeinen rasch zurück und heilen meist völlig aus. Bei schweren Hirnverletzungen bleiben aber Störungen sowohl der Libido als auch der Potenz (Potentia coeundi) unter Umständen als Dauerfolge bestehen.

"Es scheint jedoch nicht berechtigt, eine derartige sexuelle Störung ohne weiteres lokalisatorisch auf eine Zwischenhirnschädigung, etwa im Sinne der Schädigung eines "Sexualzentrums", zu beziehen. Störungen des Antriebes gehen nicht selten mit einer Beeinträchtigung der Vita sexualis einher. Am häufigsten handelt es sich dabei um einen mit Antriebsminderung verbundenen Rückgang von Libido und Potenz (Potentia coeundi). Gelegentlich führt eine durch eine Orbitalhirnschädigung bedingte Enthemmung zu einer Steigerung der Libido. Aber auch im Rahmen depressiver (oder manischer) Schwankungen können sexuelle Störungen auftreten. Schließlich sind auch seelische Faktoren zu berücksichtigen. Die Beurteilung im Einzelfall muß auch unter Berücksichtigung des Gesamtbildes, insbesondere des psychischen Zustandes erfolgen" (FROWEIN und HARRER).

MEYER hat Untersuchungen an 100 Hirnverletzten durchgeführt. Es handelte sich um 28 offene Schädelhirnverletzungen und 72 Hirncontusionen. Die Untersuchungen fanden etwa 7 Jahre nach der Verletzung statt. Alle diagnostisch unklaren oder durch deutliche Rententendenzen komplizierten Fälle wurden

ausgeschieden. In 56 Fällen war im Röntgenbild eine Fraktur bzw. ein Knochendefekt nachzuweisen. Im Elektroencephalogramm, das bei 82 Kranken durchgeführt wurde, fand sich 32 mal ein Herdbefund. In 29 Fällen bestand eine traumatische Epilepsie. Die durch das Hirntrauma bedingte MdE betrug durchschnittlich 50 %. Das Durchschnittsalter war 31 Jahre.

81 von 100 Hirntraumatikern berichteten über sexuelle Störungen, davon 71 über Herabsetzung des Sexualtriebes, 39 über Störungen im Ablauf des Geschlechtsaktes, die fast immer mit Herabsetzung des Sexualtriebes verbunden waren. Bei 7 Kranken bestand Impotentia coeundi.

Eine sichere Impotentia generandi wurde nicht bekannt, da man keine Spermauntersuchungen vornahm.

Zu einer Abknickung des Gliedes und dadurch zur Behinderung der Kohabitation führt die Induratio penis plastica. Nach Untersuchungen von ZUR VERTH und SCHEELE kommen erhebliche einmalige Traumen, Unfallverletzungen als Ursachen für die Induratio nicht in Betracht, sondern höchstens wiederholte leichte Traumen.

Auch Verletzungen, Zerreißen bzw. Lähmungen des M.bulbo-cavernosus und des M.ischiocavernosus führen zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Kohabitationsfähigkeit, da diesen Muskeln infolge ihrer Aufgabe, durch Kompression den nervösen Abfluß der Schwellkörper zu behindern, eine wichtige Rolle bei der Erektion zukommt.

Die Hydrocele ist selten Folge einer Unfallverletzung. Verletzungen des Hodens und Nebenhodens führen selten zur Hydrocele, wenn auch blutige Ergüsse bestanden haben. Allerdings sind einzelne Hydrocelen, die nach direkt oder indirekt wirkender Gewalt entstanden sind, bekannt (SCHEELE).

DICK erwähnt, daß mitunter sogar die Hydrocele testis zu Schädigungen des Hodens, im Sinne einer Störung der Wärmeregulation, führen kann. Nach DOEPFMER ist in der Regel durch das Vorliegen einer Hydrocele keine Spermatogenesehemmung bedingt.

Über Neurosen als typische Sexualstörungen bei Heimkehrern aus Kriegsgefangenschaft berichten FRANKL und ROTH. Sie verstehen darunter jene Neurosen, die tatsächlich in einem inneren Zusammenhang mit der Kriegsgefangenschaft stehen und die sich nicht aus dem Beginn des Ehelebens, sondern aus einem Wiederaufnehmen und Fortsetzen der ehelichen Gemeinschaft ergeben.

Die Kenntnis all dieser angeführten Verletzungen und Schäden hat nicht nur für die Diagnostik der männlichen Zeugungsfähigkeit ihre Bedeutung, sondern sie ist gerade für die Begutachtung von kriegs- oder unfallbedingter Infertilität von großer Bedeutung.

B. EINTEILUNG DER VERLETZUNGEN UND BESPRECHUNG DER VERLETZUNGSFOLGEN

Einer Beurteilung der Genitalschäden soll nun folgende Einteilung der Verletzungen und eine Besprechung der Verletzungsfolgen vorangehen:

1. Verlust eines Hodens bei gesundem und unverletztem zweiten Organ.
2. Verlust beider Hoden mit hormonellen Ausfallserscheinungen (*Impotentia generandi*).
3. Zeugungsunfähigkeit durch Verlust des männlichen Gliedes oder Unfähigkeit der Gliedsteifung (Verstümmelungen) (*Impotentia coeundi*).
4. Zeugungsunfähigkeit bei erhaltener Fähigkeit, den Geschlechtsverkehr auszuüben (*Impotentia generandi*).

1. Verlust eines Hodens

Der Verlust eines Hodens hat für die Funktion und den allgemeinen Körperzustand keine Folgen, falls der erhaltene Hoden gesund und unverletzt ist. FÜRBRINGER (zit.v. KAUFMANN) meint, daß bei Entfernung eines Hodens nur ausnahmsweise ernstere Rückwirkungen auf das seelische Befinden des

Mannes zu erwarten sind, die Beischlafsfähigkeit kaum je gestört wird und nur selten nervöse Zustände mit Neigung zu hypochondrischer Verstimmung zu erwarten sind. Ist auch der zweite Hoden geschädigt, so verfällt er nicht selten im weiteren Verlauf der Atrophie, sodaß sich das Bild des Späteunuchoidismus entwickelt, das gegenüber der Kastration grundsätzlich dieselben Veränderungen, nur mit graduellen Unterschieden, aufweist.

2. Verlust beider Hoden

Die wesentliche Auswirkung des Verlustes beider Hoden besteht nach WINZ darin, daß diese nicht nur als spermaerzeugendes, sondern vor allem als endokrines Organ ausfallen. Es setzt alsbald eine langsame und auch durch Behandlung mit androgenen Hormonen nicht aufzuhaltende Veränderung des physischen und psychischen Erscheinungsbildes ein. Die Folgen der innersekretorischen Störungen richten sich nach dem Zeitpunkt der Kastration. Die stärksten Veränderungen finden sich, wenn die Kastration vor Beginn der Pubertät erfolgt.

Die inkretorische Bedeutung der Hoden hatte bereits der Arzt Galen erkannt, denn er sagte: "Von den Hoden aus verbreitet sich eine gewisse Kraft durch den ganzen Körper, ebenso durch die Nerven vom Gehirn aus Gefühl und Bewegung und vom Herzen aus durch die Arterien der Pulsschlag. Der Samen macht nämlich die Männer warm, gelenkig, haarig, schön, stimmig, hochgemut, stark im Denken und Handeln!" Als wesentliche Kennzeichen des Frühkastraten (Eunuch) seien genannt: Unterentwicklung der Genitalien, zarte, glatte, fahle Haut mit Neigung zur frühzeitigen Runzelbildung, spärliche Körperbehaarung, hohe Stimme, vergrößerte Brüste, übermäßige Körperlänge, bedingt durch die Länge der Gliedmaßen. Die Rumpflänge ist relativ gering, die Wirbelsäule neigt zu Verkrümmungen, im Alter besteht Neigung zur Osteoporose. Die Skelettmuskulatur ist schwächlich, arm an Tonus. Fast nie fehlt das Genu valgum, das dem Eunuchen in Verbindung mit der Beinlänge einen bezeichnenden Ausdruck verleiht. Typen mit abnormer Magersucht oder

auch Fettsucht kommen vor, letztere mit Fettdepots am Bauch, Mons pubis, Mammae, Oberschenkeln, Hüften und Nates. Es ist nicht wahrscheinlich, daß alle diese Veränderungen alleinige und unmittelbare Folgen des Keimdrüsenverlustes sind. Es bestehen Verbindungen mit dem übrigen innersekretorischen System, in erster Linie mit der Hypophyse. Zur Bestätigung dessen finden die Anatomen bei Kastraten eine Gewichtszunahme der Hypophyse und das Röntgenbild des Schädels ergibt eine weite flache Sella (SCHEELE). Neben den körperlichen Zeichen weist der Frühkastrat auch psychische und charakterliche Abweichungen auf. Er ist langsam, geistig schlaff, phantasielos. Es fehlt ihm Strebsamkeit, Antrieb, Mut und Treue. Er ist selbstsüchtig und lieblos. Das Bewußtsein seiner Minderwertigkeit macht ihn verschlossen, mißtrauisch und oft boshaft.

Wenn die Hoden erst nach Abschluß der Pubertätsentwicklung verloren werden, so ergeben sich nicht prinzipielle, sondern nur graduelle Unterschiede gegenüber dem Frühkastraten. Die körperlichen Geschlechtsmerkmale, die bereits entwickelt waren, bleiben zunächst bestehen und wandeln sich erst allmählich im Sinne des Eunuchoidismus um. Nachuntersuchungen von LANGE an einer großen Zahl versehrter Spätkastraten ergaben in den Altersgruppen von 20-30 Jahren noch ein Längenwachstum bis zu 7 cm. Merkwürdig ist, daß das Längenwachstum mit einer Abnahme des Körpergewichtes einhergegangen ist, während im allgemeinen das Fettpolster bei den Spätkastraten zunimmt und in den gleichen Altersgruppen Gewichtszunahmen von 5-20 kg nicht selten sind. Körper-, Genitalbehaarung und Bartwuchs, sowie Brustform und Veränderungen der Haut nähern sich dem Verhalten der Frühkastraten. Eine Rückbildung des Genitale scheint besonders diejenigen Verstümmelten zu treffen, die bei der Verletzung älter als 30 Jahre waren. Es ist bekannt, daß die Potentia coeundi und vor allem die Libido nach Spätkastration manchmal eine Zeit lang erhalten bleiben können. Sogar von einzelnen frühkastrierten Skopzen wird dies berichtet. Nach BOEMINGHAUS trifft die verbreitete Ansicht, daß bei Verlust der Keimdrüsen Libido und Potentia coeundi zwangsläufig verloren gehen, nicht immer zu. Nicht selten kehrt beides nach einiger Zeit wieder

zurück, ausgenommen natürlich die Zeugungsfähigkeit. Er führt diese Tatsachen als einen Beweis an, wie sehr beim Menschen Libido und Erektion von cerebros spinalen Einflüssen beherrscht werden bzw. sein können.

Alexander von Aphrodisias berichtet über Kastration folgendes: "Manche Entmannen, denen die Hoden erst lange nach dem Mannbarwerden ausgeschnitten oder zerquetscht wurden, geilen (d.h.erigieren) bis zu einem gewissen Grade und begehren auch sinnlich."

Auch der Arzt Caelius Aurelius konstatiert, daß die Kastration den (pathologisch)Geilen von seiner Libido nicht befreie, denn er sagt: "nemo pruriens corpus feminando correxit."

Hieronymus verbot den in Christo geweihten Jungfrauen das Baden mit Eunuchen, da die Eunuchen die "Begierden der Männer" keineswegs ablegen. Klemens von Alexandria spricht von der nur wahrscheinlichen Unfähigkeit der Eunuchen zum Liebesgenuß und Kassian von Erektionen Kastrierter im Schlaf durch den Druck der vollgefüllten Blase. Zur Zeit des Apollonios von Tyana am Hofe des Vardanes wurde ein Eunuch beim Beilager mit einer der königlichen Konkubinen angetroffen, während er angeblich mit ihr nach Art der Männer verfuhr. Schon im alten Rom wußte man, daß durch die Kastration keineswegs die Keuschheit der Kastrierten garantiert wird. Man merkte, daß die Kastraten nicht die Tugendhelden waren, für die man sie hielt, sondern im Gegenteil recht große Wollüstlinge. Juvenal und Martial haben ihren Spott über diese Kastraten weidlich ausgegossen. Juvenal singt:

"Sunt quas eunuchi inbelles ac mollia semper
oscula delectent et despertatio barbae
et quod abortivo non est opus."

Es wird berichtet, daß von den römischen "Damen" veranlaßt worden sein soll, daß die Kastration möglichst nach der Pubertät vorgenommen werde; der kastrierte Diener sollte dadurch zu einer männlichen Gestalt heranwachsen und Kohabitationsfähigkeit behalten. Es soll Eunuchen gegeben haben, die sich einen Harem hielten. Der Philosoph Favorius, der zu

Hadrians Zeiten lebte, ein Eunuch, weibähnlich, ohne Bart und mit hoher Stimme, wurde durch einen Ehemann in einen Skandalprozeß verwickelt. Die berühmten Kastratensänger sollen bei den "Damen" sehr beliebt gewesen sein.

"Während die Libido manchmal lange erhalten bleibt, ja überlebhaft sein kann, ist die Potentia coeundi sehr häufig von allem Anfang geschädigt. Sie kann sofort aufgehoben sein, allmählich völlig erlöschen, kann jedoch auch über zwei Jahrzehnte erhalten bleiben. Doch auch in diesen Fällen behält sie ihre durchschnittliche Lebhaftigkeit bestimmt nicht" (LANGE).

Etwa 75 % der Männer im Beobachtungsgut von LANGE, die z.Zt. des Hodenverlustes ledig waren, haben später geheiratet. Das Motiv mag nicht so sehr erhaltener Libido entsprungen sein, als dem Wunsch, in eigener Familie zu leben und die Verstümmelung nach außen hin nicht erkennbar werden zu lassen.

Es geht auch aus den Katamnesen von kastrierten Sittlichkeitsverbrechern hervor, daß das Erhaltenbleiben von Libido und Potentia coeundi nicht zu den Seltenheiten gehören kann. JENSCH hat Untersuchungen an entmannten Sittlichkeitsverbrechern durchgeführt. Die Kastration kann aber auch eine abnorme Gestaltung des Geschlechtstriebes herbeiführen. Immer wieder läßt sich bei der Untersuchung von Notzüchtern und Lustmördern feststellen, daß es zunächst die mangelnde sexuelle Ansprechbarkeit bzw. Befriedigungsfähigkeit ist, die zu den ersten sadistischen Handlungen treibt. "Eine quantitativ schwache Sexualität ist eine der Wurzeln mancher sexualverbrecherischer Handlungen" (LANGE). Diese Veränderungen der sexuellen Sphäre spielen erlebnismäßig naturgemäß eine sehr erhebliche Rolle.

LANGE berichtet, daß bei seinen Beobachtungen überall, wo nur einigermaßen bestimmtere Angaben erfolgten, die Potentia coeundi mehr oder weniger rasch nachläßt. Am Schlusse der Berichtszeit gehört unzweifelhaft die große Mehrzahl, auch der Leute mit erhaltener Potentia coeundi, zu jenen Männern, die im Angesicht der geliebten Frau nicht hoffen, sondern fürchten gehört zu werden. In manchen Fällen erlischt aber nicht bloß die Potentia coeundi, sondern zugleich die Libido in ihrem

ganzen Umfange. Viele jüngere und ältere Männer klagen darüber, daß ihnen der von früher bekannte "Geschlechtsreiz" gänzlich abhanden gekommen sei, daß sie fremd und unbeirrt an der Frau vorbeigehen.

Dem Ausfall der Hormone wird für die erste Zeit nach Hodenverlust bald mehr, bald weniger Einfluß auf die Geistesverfassung zugesprochen. Nach LANGE muß, wie sich aus seinen Nachuntersuchungen ergibt, mit Spätfolgen gerechnet werden, die nach einem verschieden langen Intervall auftreten.

Neurasthenische und vasomotorische Beschwerden mit Anfällen von Tachykardie, Schwindel, Schweißausbrüchen, Ohnmachten werden oft vermerkt, dazu Gemütslabilität, schnelle Ermüdbarkeit, Nachlassen der Energie, der Merkfähigkeit und Konzentrationsfähigkeit, ferner Angstzustände und innere Unruhe. Eine etwa noch bestehende sexuelle Leistungsfähigkeit schwindet. Haarkleid, Genitale und Körpergewicht zeigen die schon genannten Veränderungen. Es entstehen Zustandsbilder, die dem weiblichen Klimakterium ähneln, wenn auch biologisch gesehen von einem männlichen Klimakterium nicht gesprochen werden kann.

Die Untersuchungen an den Kriegsverletzten haben nun die Tatsache ergeben, daß die psychischen und neurovegetativen Kastrationsfolgen an das Lebensalter der Verstümmelten gebunden sind. Je näher das Alter zur Zeit des Hodenverlustes an das 35. bis 40. Jahr heranreicht, desto schneller treten Ausfallserscheinungen auf. Es kann also ein im Alter von 20 Jahren Verstümmelter 10 bis 15 Jahre lang von wesentlichen Folgen verschont bleiben, während bei einem Manne von etwa 35 Jahren die Ausfallserscheinungen unmittelbar nach der Verletzung einsetzen. Sie entsprechen der senilen Involution, nur setzt diese Involution beim Kastraten infolge des Wegfalles der diesen Vorgang hemmenden Inkrete des Hodens zu einer Zeit ein, in welcher der inkretorisch Gesunde noch keinerlei Störungen bemerkt.

Entschädigungspflichtige Veränderungen im Stoffwechsel ruft nach SCHÖNEBERG die Kastration gewöhnlich nicht hervor, insbesondere bleiben Grundumsatz, ferner Kohlehydrat, Eiweiß- und Fettstoffwechsel unbeeinflusst.

3. Gliedverlust

Bei Verlust des Penis durch Schnitt, Stich, Schindung und Schlag kommt es zu einer Unmöglichkeit der Kohabitation (*Impotentia coeundi*). Gleichmäßige Ausdehnung des Gliedes wird z.B. bei Narben in der Corpora cavernosa nicht möglich sein, denn es führt dann zu einer winkeligen Abknickung bei der Erektion. Abgesehen von den Beschwerden beim Harnlassen sind die psychischen Folgen enorm. Arbeitsunfähigkeit besteht im allgemeinen nicht. WINZ führt an, daß der Verlust des männlichen Gliedes eine schwerwiegende Verletzung ist, deren psychische Auswirkungen nicht unterschätzt werden dürfen. Nach HORN ist bei Penisverlust nur dann Erwerbsbeschränkung anzunehmen, wenn sekundäre Störungen nervös-hypochondrischer Art sich geltend machen.

4. Verlust der Potentia generandi

Dazu sind alle Verletzungen zu rechnen, die eine herabgesetzte Spermiogenese bedingen, oder zu Schädigungen der samenableitenden Gefäße geführt haben. In diesen Fällen besteht also eine Zeugungsunfähigkeit bei erhaltener Fähigkeit, den Geschlechtsverkehr auszuüben, ohne endokrine Ausfallserscheinungen (*Impotentia generandi*). Wenn es auch in diesen Fällen zu keinen körperlichen Mängeln kommt, so ist doch der Einfluß auf die Psyche beeindruckend.

C. SACHLICHE UND IDEELLE BEURTEILUNG

1. Für den Patienten

Zur Beurteilung des Folgezustandes der Genitalschäden ist vor allem die Erörterung der Zusammenhangsfrage von wesentlicher Bedeutung. Die diagnostischen Feststellungen zur Beurteilung der inneren Sekretion der Keimdrüsen erstrecken sich auf den allgemeinen äußeren Körperbefund, auf die äußeren Genitalien, die sekundären Geschlechtsmerkmale, sowie auf das Verhal-

ten der Psyche, des vegetativen Nervensystems und der allgemeinen körperlichen und seelischen Leistungsfähigkeit. Probe-weise kurzdauernde Hormonmedikation kann nach SCHEELE bei Verdacht auf Unterfunktion zur Klärung beitragen.

Untersuchungen des Urins ergeben objektive, allerdings nicht immer eindeutige Auskünfte über den Hormonhaushalt, z.B. die Ausscheidung von Phosphatase, Kreatin, der Ketosteroide und Gonadotropine.

Um die Frage der Verschlimmerung des ursprünglichen Krankheitsbildes bei Verlust beider Hoden zu beantworten, muß, wie im Text bereits erwähnt, das Lebensalter bei der Verstümmelung Berücksichtigung finden. Bei jüngeren Männern kommt es nur dann früh zu Ausfallerscheinungen, wenn sie neuropathisch stigmatisiert sind, häufig fehlen viele Jahre ernstere Folgen (LANGE).

Eine Minderung der Leistungsfähigkeit und damit der Erwerbsfähigkeit ist nach SCHEELE bei Totalverlust der Hoden nicht von vornherein und nicht unbedingt zu erwarten. Es hängt hier sehr viel von der Konstitution und der Haltung des einzelnen ab, wie er sich mit der Situation abfindet und damit seine Leistungsfähigkeit erhält. Wenn aber Klagen über Rückwirkung der Impotenz und des Hormonausfalles auf das Gesamtbefinden und die Leistungen, durch objektive Befunde gestützt, vorgebracht werden, so ist eine Überprüfung des Rentensatzes angebracht. Dies gilt besonders für die Fälle, welche nach anfänglich geringen Ausfallerscheinungen ein Stadium der Latenz durchmachen, bis dann um das 40. Lebensjahr sich die beschriebenen psychosomatischen Zeichen vorzeitigen Verbrauches einstellen. Diese Erscheinungen können abklingen, aber auch Jahre hindurch hartnäckig bestehen bleiben und die Betroffenen, die bis dahin ohne Schwierigkeit im Beruf tätig waren, aus ihrer Arbeit herausreißen. Wenn in einem recht hohen Prozentsatz der Untersuchten die Versehrtheitsrente, die für den Keimdrüsenverlust gewährt wird, auch noch den leichteren Ausfallerscheinungen angemessen ist, so bedingen doch die Depressionszustände, die vasomotorischen und neurasthenischen Beschwerden, vor allem aber die Symptomkomplexe, die den schweren Formen des weibli-

chen Klimakteriums gleichen, in vielen Fällen eine recht einschneidende Verminderung der Leistungsfähigkeit. Dennoch sind nur ganz selten die Störungen so erheblich, daß die Betroffenen praktisch erwerbsunfähig werden. Offenbar kommt das letztere nur dann vor, wenn die Verstümmelten ursprünglich wenig widerstandsfähige, psychopathische und neuropathische Menschen sind. "Diese werden mit den Belastungen, welche der Keimdrüsenausfall als Erlebnis und in seinen körperlichen und psychischen Folgen mit sich bringt, nicht fertig" (LANGE). Im allgemeinen ist es nicht sehr schwierig, die eigentlichen Kastrationsfolgen von psychopathischen Dauerverfassungen und psychogenen Reaktionen zu trennen, die von der Kastration unabhängig sind. Dennoch kann in keinem Fall mit einer Bestimmtheit gesagt werden, welchen Anteil an dem endgültigen Versagen die ursprüngliche Unzulänglichkeit, welchen die erworbene Schwäche hat. In der Regel wird man sich an die körperlichen Ausfallerscheinungen halten können. Schwere seelische Störungen findet man nach SCHEELE im wesentlichen nur dort, wo auch der Körper unzweideutige Störungen im Sinne des Eunuchoiden darbietet, denn der Keimdrüsenverlust als solcher ist nach LANGE nicht so sehr die Ursache für dieses Verhalten als vielmehr Altersveränderungen, die beim Manne in der Regel durch die bis in das hohe Alter fortbestehende innere Sekretion der Keimdrüsen kompensiert werden, aber grob hervortreten, wenn die Keimdrüsen fehlen. Auch die Erscheinungsweise der seelischen Störungen selbst ist aber vielfach, wie es scheint, recht kennzeichnend. Hier ist besonders an die eigenartige Affektinkontinenz, sodann auch an die eindrucksvollen und vom Klimakterium der Frau bekannten vasomotorischen Störungen zu erinnern, ferner an den häufigen Verlust der Spannkraft, der gleichfalls einen organischen Anstrich hat.

Der Verlust der Zeugungsfähigkeit und der Ausfall der Sekretion der Hoden bedeuten einen schweren Einbruch in die Persönlichkeit eines Mannes. Die Unmöglichkeit, eine normale Kohabitation auszuüben, führt zu Minderwertigkeitsgefühlen und schweren Depressionen.

ROHLEDER findet folgende Antwort auf die Frage, ob die Im-

potentia coeundi eine unheilvolle Rückwirkung auf die Psyche hat:

"Die Potentia virilis ist eine der wichtigsten physiologischen Funktionen und die Zeit der Sexualpotenz ist vielleicht die glücklichste im menschlichen Leben überhaupt. Mag ein Mensch geistig noch so hoch stehen, das Attribut der Libido sexualis wird ihn gelegentlich immer wieder von seiner idealen Höhe herabziehen. Selbst das größte Genie, der unsterbliche Genius dieser Erde wird wieder Mensch, wenn seine Libido beginnt sich zu regen und das Bewußtsein seiner Potenz erscheint ihm die schätzenswerteste seiner menschlichen Eigenschaften zu sein. Die ganze Tatkraft des Mannes, sein Mut, die Lust zur Arbeit und zum Leben hängt fast ausnahmslos mit seiner geschlechtlichen Kraft zusammen. So ist die Potenz dem Manne der Hoffnungsanker, an dem er bei Schicksalschlägen sich wieder emporhebt, sein Abgott, sein Glauben in diesem Jammerdasein, besonders wenn er verheiratet, glücklich in der Ehe ist und von einem oder einigen geliebten Kindern umgeben ist. Welch ungeheurer Wert, welch unerschöpfliche Fundgrube der Hoffnung im Besitze eines geliebten Weibes und geliebter Kinder, liegt im Besitz des Vollgefühls "Du bist Mann", auch in sexueller Beziehung. Verliert der Mann dieses Gefühl, schwindet die Potenz oder nimmt sie nur merklich ab, so wird er psychisch ungemein davon beeinflußt. Er fühlt sich nicht mehr so als Mann seinem Weibe gegenüber, als gebietender Vater seinen Kindern gegenüber. Das Familienglück beginnt zu schwanken, das Selbstbewußtsein zu schwinden. Der Mann wird weich, launenhaft, seine Energie läßt nach, sein Trieb, sein Berufseifer, sein ganzes Gebahren wird weiblicher, die männliche Würde leidet ungemein unter diesem peinigenden Gefühl."

Es ist bezeichnend, was in Konstantinopel einmal ein von Glanz und Reichtum umgebener Eunuch zu Magnus Hirschfeld sagte: "Glauben Sie mir, Doktor, arm wollte ich sein, ganz arm, wenn ich nur das eine hätte, was mir fehlt."

WINZ berichtet, daß es im kanonischen Kirchenrecht heißt: "sunt testes qui faciunt virum." Da eine Ehe nach diesem Recht

nur zwischen "vir" und "femina" möglich ist, kann ein katholischer Soldat, der im Kriege beide Hoden verloren hat, nicht heiraten. Die schweren wirtschaftlichen Folgen zeigt ein angeführter Fall, bei dem es sich um den einzigen männlichen Nachkommen eines Bauernhofes handelt. Dazu kommt die hormonal bedingte Minderung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit in den Fällen totalen und subtotalen Hodenverlustes.

Das Erlöschen der Geschlechtskraft an sich bedingt nach einer Entscheidung des RVA vom 4.2.1930 keine Minderung der Erwerbsfähigkeit, es sei denn, daß dadurch krankhafte Störungen veranlaßt werden und diese die Erwerbsfähigkeit herabsetzen.

BOEMINGHAUS äußert sich zu der Begutachtung bei Totalverlust beider Hoden als Kriegsschaden folgendermaßen: "Nach dem Verlust beider Hoden setzt alsbald eine langsame und auch durch Behandlung mit androgenen Hormonen nicht aufzuhaltende Veränderung des physischen und psychischen Erscheinungsbildes ein. Bei dem meist jugendlichen Alter der Kriegsversehrten ist dies natürlich ein trauriger Zustand, zumal man als behandelnder Arzt dem völlig machtlos gegenübersteht. Es ist dies ein Schaden, der durch Zuwendungen wirtschaftlicher Art überhaupt nicht entschädigt oder abgegolten werden kann."

Tabelle 1: Minderung der Erwerbsfähigkeit in Prozent bei Ausfall der Geschlechtsorgane:

Verlust	Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)		
	nach Scheele bei Fischer-Molineus	nach Scheele bei Lininger Weichbrodt Fischer	nach Scheele bei König und Magnus
eines Hodens bei intaktem 2.Hoden	0 %	0 %	0 %
beider Hoden:			
1. im jugendlichen Alter	33/3%-50%	33/3%-50%	30%-50%
2. nach abgeschlossener körperlicher Entwicklung	33/3 %	33/3 %	35 %
3. nach dem 40.Jahre	20 %	20 %	20 %
4. nach dem 60.Jahre	10 %	10 %	10 %
Verlust der Kohabitationsfähigkeit mit krankhaften Folgen	30 %	10 % - 20 %	

Nach SCHEELE werden gleichzeitige Verstümmelungen des Penis und der Harnröhre als "erschwerendes Moment" aufgefaßt. SCHEELE führt an, daß es ja bei Hodenverlust, der nach dem 30.-35. Lebensjahr erfolgt, sehr bald zu Beschwerden kommen kann, die auch die jüngeren Leute, wenn sie dieses Alter erreichen, befallen. Die Beschwerden sind denen des weiblichen Klimakteriums ähnlich. In solchen Fällen ist die Berufs- und Arbeitsfähigkeit erheblich vermindert und es kann sein, daß hierdurch die für den glatten Verlust angesetzte Entschädigung von 20-33 $\frac{1}{3}$ % nicht ausreicht.

Wenn es nun in der Verwaltungsvorschrift des § 30 BVG heißt, daß Ereignisse, die erst in der Zukunft erwartet werden, bei der Feststellung der Rente nicht berücksichtigt werden dürfen, so ist in diesem Zusammenhang nochmals auf die obigen Ausführungen SCHEELES hinzuweisen, daß bei dem Hodenverlust, der nach dem 35. Lebensjahr erfolgt, sehr bald Beschwerden eintreten können, die ja zur Zeit der Beurteilung der Erwerbsminderung noch gar nicht bestanden. Nach KAUFMANN darf man sich den schweren Folgen der Entmannung gegenüber nicht deswegen ablehnend verhalten, weil sie zur Zeit der Beurteilung noch nicht bestehen oder eine tatsächliche Erwerbsminderung nicht anzunehmen ist. Sie verdienen so gut eine Entschädigung wie die Unterleibsbrüche, bei welchen ja zur Zeit der Beurteilung auch gewöhnlich keine Erwerbsminderung vorhanden ist.

Nach § 30 BVG gelten folgende Mindesthundertsätze:
Verlust oder dem Verlust gleichzuachtende Verletzung

beider Hoden	50 %
Verlust des männlichen Gliedes	50 %

Nach den "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Versorgungswesen" bedingt der Verlust oder Schwund beider Hoden im allgemeinen eine MdE von 50 v.H., in außergewöhnlichen Fällen können unter besonderer Berücksichtigung der hormonalen Ausfälle und der seelischen Veränderungen Sätze bis zu 80 v.H. in Frage kommen.

Der Verlust oder Schwund beider Nebenhoden wird dort mit einer MdE von 30 v.H. beurteilt. Dieser Passus dürfte sich vor allem auf die dabei entstehende Infertilität beziehen, zumal beim Verlust beider Nebenhoden keine innersekretorischen Störungen auftreten.

SCHÖNEBERG beurteilt folgendermaßen:

Verlust	MdE
eines Hodens	10 %
beider Hoden	50 %
des Penis	50 %

WINZ teilt die Schäden in folgende Gruppen ein:

- Verlust beider Hoden mit hormonalen Ausfallerscheinungen.
- Zeugungsunfähigkeit durch Verlust des männlichen Gliedes oder Unfähigkeit der Gliedsteifung (eventuell auch mit Verlust eines Hodens).
- Zeugungsunfähigkeit bei erhaltener Fähigkeit, den Geschlechtsverkehr auszuüben (eventuell mit Verlust eines Hodens).

Nach ihm würde, je nach Schwere des Falles, die Minderung der Erwerbsfähigkeit 30 % - 100 % ergeben.

Von STADLBAUER werden als "gebräuchlichste" Schätzungen der Erwerbsminderung genannt:

Verlust des Penis	50 %
Defekte des Penis (Narben)	10-20 %
Verlust eines Hodens	10 %

Verlust beider Hoden:

1. vor der Pubertät	50 %
2. nach dem 40. Lebensjahr	30 %
3. nach dem 60. Lebensjahr	20 %
Hodenatrophie (beiderseits)	0-40 %
Sterilisation	40 %
organisch bedingte Impotentia coeundi	10-20 %

STADLBAUER erwähnt ferner noch, daß die amerikanische Claims Commission keine Dauerrenten gewährt, sondern nur einmalige Abfindungen und auch das Besatzungskostenamt eine gutachtliche Festlegung der vorübergehenden oder dauernden Erwerbsminderung fordert. Es bringt zusätzlich je nach Schwere der Schädigungsfolge ein angemessenes Schmerzensgeld in Rechnung. Nachdem sich z.B. eine Schädigung der Potenz nicht direkt auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, so müßte sie in Form einer einmaligen Kapitalabfindung abgegolten werden.

Aus all den obigen Ausführungen geht schon hervor, daß es nicht möglich ist, eine starre Richtlinie für die Beurteilung jedes Falles anzustellen.

In den Fällen, wo es als Folge eines Unfalles oder des Krieges, man denke auch an die bedauernswerten Männer, welche aus rassischen, religiösen oder politischen Gründen während des nationalsozialistischen Regimes sterilisiert worden sind, zur Vernichtung der *Potentia generandi* bei noch vorhandener *Potentia coeundi* gekommen ist, muß man vor allem die schwerwiegenden psychischen Folgen in Betracht ziehen, die der Verzicht auf die Nachkommenschaft für einen jungen Menschen und dessen Ehefrau mit sich bringt und die sich im Laufe der Zeit auf die Leistungsfähigkeit sehr ungünstig auswirken. Nicht allein Frauen, auch Männer empfinden das Fehlen der Kinder oft sehr stark, besonders wenn sie selbst der verursachende Teil sind. "Es liegt einmal in einem Teil der Menschheit begründet, ein lebendes Abbild seines eigenen geliebten Ichs zu hinterlassen, ein Kind oder Kinder, für die man arbeitet und schafft, kurz Familienglück zu genießen" (ROHLEDER).

2. Für die Ehefrau

Es ist bemerkenswert, wenn LANGE berichtet, daß für die Frau die "sexuelle Befriedigung" neben all den Werten, welche die Gemeinschaft mit dem Manne geben kann, durchschnittlich eine geringere Rolle spielt, als man anzunehmen geneigt sein könnte. Offenbar können die Kastraten sehr gute Ehemänner sein. Dazu kommt, daß vielleicht in einer männerarmen Zeit für diejenige Frau, die eine Ehe eingehen möchte, die Ehe mit einem Kastraten der Ehelosigkeit vorgezogen wird.

Trotz aller Einschränkungen wird also doch aus der Tatsache, daß die große Mehrzahl der Kastraten heiratet, zu schließen sein, daß sexuelle Bedürfnisse dabei eine nicht unerhebliche Rolle spielen. Aus den Akten von LANGE geht hervor, daß es vielfach im Ehebett auf eine kürzere oder längere Zeit, ganz gut geht. Gerade aus den später so häufigen Klagen, daß die Verhältnisse sich zunehmend ungünstiger gestalten, geht dies mit sehr großer Wahrscheinlichkeit hervor.

Auf der anderen Seite ist nicht zu vergessen, daß, ganz unabhängig von dem "rohen Geschlechtstrieb" und ganz unabhängig von allen Gründen der Zweckmäßigkeit, die Beziehungen der Geschlechter zueinander tief und weit in ihrer gesamten Beschaffenheit verwurzelt sein dürften. "Es ist viel zu grob, wenn hier oder dort etwa ausgeführt wird, man habe einen hormonal und einen zerebral bedingten Geschlechtstrieb zu unterscheiden. Der letztere bekomme nur einen Zufluß aus der Keimdrüse und könne u.a. auch von dort angeregt werden. Gewiß wird niemand daran zweifeln, daß die Keimdrüse einerseits einen außerordentlichen Motor im Geschlechtsleben bedeutet, daß auf der anderen Seite die Funktionen, welche die sexuelle Vereinigung gewährleisten, eine zentrale Steuerung haben und daß die Steuerung von der Erlebnisseite her ganz wesentlich, ja ausschließlich in Gang gesetzt werden kann" (LANGE).

Dennoch gewinnen die Beziehungen der Geschlechter zueinander wohl noch aus anderen Quellen Leben und Fruchtbarkeit. Bei der Ehefrau ist es oft die mütterliche Haltung, welche das

Verhältnis möglich macht. Andererseits aber verrät nicht selten der Verstümmelte selbst eine menschliche Größe, die Achtung gebietet.

Große Bedeutung hat vor allem das Problem der Kinderlosigkeit. Daß besonders die Ehefrau, die gerne Mutter sein möchte, seelisch sehr darunter leidet, ist verständlich. Von jeher galt Kinderlosigkeit als ein schwerer Schicksalschlag.

Bei den Kulturnationen des Altertums galt sie als ein Unglück, als eine von der Gottheit auferlegte Schmach. Oft kann das Fehlen des Mutterglücks, die Sehnsucht nach einem Kinde manche Frauen aus dem seelischen Gleichgewicht bringen und schwere Gemütsdepressionen, Melancholie, selbst Hysterie können die Folgen sein. Man kann sich vorstellen, daß die bei Kastraten so oft vorkommende Gemütslabilität nicht ohne Auswirkung auf die Frau und das Eheleben insgesamt bleibt. Es gibt Ehefrauen, die ihre mit der Verstümmelung heimkehrenden Männer sofort im Stich gelassen haben, andere, die bald die Scheidung durchsetzten oder ihre Männer verließen.

Betrachtet man zusammenfassend die Beurteilung der kriegs- oder unfallbedingten männlichen Infertilität, so ist festzustellen, daß der Einzelfall nach seiner speziellen individuellen Gestaltung zu würdigen und zu entschädigen ist.

DRITTER TEIL

GUTACHTEN DER UNIVERSITÄTS-HAUTKLINIK WÜRZBURG MIT DER PROBLEMATIK DES RECHTSSTREITES UND EINER KURZEN DISKUSSION DER BEURTEILUNG

A. STREITFÄLLE DES BÜRGERLICHEN UND STRAFRECHTS

1. Gutachten K

Fragestellung in einem bürgerlichen Rechtsstreit (1955): Besteht die Möglichkeit, daß der Kläger K in der 4½ Jahre zurückliegenden gesetzlichen Empfängniszeit zeugungsunfähig war?

Aktenvorgeschichte und Problematik: Von dem Kläger K wurde die Ehelichkeit des von seiner Ehefrau 1952 geborenen Kindes angezweifelt. Er nannte den Mehrverkehrszeugen W als Vater des Kindes. Von der Mutter des Kindes und von W wurde unter Eid jede ehewidrige Beziehung zueinander in Abrede gestellt. Das Blutgruppengutachten schloß weder den Kläger noch den Mehrverkehrszeugen als Vater aus. Nach dem erbbiologischen Gutachten ist der Kläger mit großer Wahrscheinlichkeit der Vater des Kindes, und die Vaterschaft des W zu dem Kinde unwahrscheinlich. Von dem Rechtsanwalt des K wurde das Urteil des Gutachtens angezweifelt, da möglicherweise eine Zeugungsunfähigkeit des Klägers vorgelegen hatte. Als Beweis diente ein ärztliches Attest, in dem bestätigt wurde, daß auch nach Einnehmen von "Testasa cum Yohimbin" kein Orgasmus erzielt werden konnte. Der Rechtsanwalt äußerte die Vermutung, daß der Kläger an einer Dystrophia adiposogenitalis leide.

Anamnese zur Fragestellung: Subjektiv leidet K schon immer an einer Erektionsschwäche. Er ist seit 1949 zum zweitenmal verheiratet. Das Kind aus der ersten Ehe sei angeblich nicht von ihm.

Objektiv waren bei dem 66-jährigen Mann keine Zeichen einer

endokrinen Störung nachweisbar; keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Dystrophia adiposogenitalis.

Genitale: Am rechten Hoden eine mäßige Atrophie und am linken eine Vergrößerung bis zu Kleinkinderfaustgröße (Hydrocele).

Prostata- und Bläschendrüsensexpressat: Zahlreiche, jedoch nur ganz vereinzelt bewegliche, normalgeformte Spermatozoen; Hodenbiopsie und Hormonanalysen wurden nicht durchgeführt.

Diskussion: Nach dem klinischen Befund liegt eine Atrophie des rechten Hodens vor und eine Hydrocele des linken. Die Atrophie eines der beiden Hoden führt niemals zu einer Zeugungsunfähigkeit. Ebenso ist in der Regel durch das Vorliegen einer Hydrocele keine Spermatogenesehemmung bedingt.

Beurteilung:

Auf Grund des Nachweises zahlreicher, normal geformter Spermatozoen im Prostata- und Bläschendrüsensexpressat liegt jetzt im forensischen Sinne keine Zeugungsunfähigkeit vor. Auch sind im forensischen Sinne keine Anhaltspunkte dafür vorhanden, daß der Kläger in der gesetzlichen Empfängniszeit zeugungsunfähig war.

Endurteil:

Die Klage wird zurückgewiesen. Der Kläger hat die Kosten zu tragen.

2. Gutachten T

Fragestellung in einem Vaterschaftsprozeß (1954): War der Beklagte T in der zwei Jahre zurückliegenden gesetzlichen Empfängniszeit zeugungsunfähig?

Aktenvorgeschichte und Problematik: Kläger war ein im Jahre 1953 geborenes Kind. Der Klägervertreter (Kreisjugendamt) behauptete, der Beklagte habe der Mutter innerhalb der gesetzlichen Empfängniszeit beigewohnt und das Kind sei aus dieser Beiwohnung hervorgegangen. Von T wurde zwar eine Beiwohnung nicht bestritten, aber er gab an, daß er zeugungsunfähig sei und daß auch noch ein anderer Mann der Kindsmutter beigewohnt habe.

Anamnese zur Fragestellung: Von 1918-1920 kinderlos verheiratet; 1920 stellte angeblich ein Arzt Zeugungsunfähigkeit fest; 1936 zweite Ehe, die bis heute kinderlos blieb; früher beim Reiten als Kosak häufig Prellungen und Entzündungen der Hoden;

als Kind Scharlach, Masern, Diphtherie, Malaria und Lungenentzündung; 1920 Bauchtyphus; 1949 Fleckfieber.

Objektiv waren bei dem 57-jährigen Mann keine endokrinen Ausfallerscheinungen nachzuweisen.

Genitale: Bei der Palpation außer mehreren schnurartigen, 2-4 cm langen Strängen hinter der linken Epidydimis, kein krankhafter Befund.

Spermiogramm: Menge: 1,0 ccm; Aussehen: gelblich-weiß;
pH-Wert: 7,5; Verflüssigungszeit: normal; Zahl
im ccm: 8,54 Mill.; Motilität (Quantität): 24 %;
Morphologie: 28 % pathologisch geformte Spermien.

Diskussion: Bei dem Beklagten lag eine Oligospermie vor. Es ist festzustellen, daß es keineswegs bewiesen sei, daß unbewegliche Spermien "lebloß" und damit nicht befruchtungsfähig seien.

Beurteilung:

Auf Grund des Untersuchungsbefundes liegt keine Zeugungsunfähigkeit vor. Ob allerdings in der zwei Jahre zurückliegenden Zeit eine Zeugungsunfähigkeit vorgelegen hat, kann nicht entschieden werden.

Endurteil:

1. Die Klage wird abgewiesen. 2. Der Kläger hat die Kosten zu tragen. 3. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

In der Urteilsbegründung heißt es, daß dem Beklagten der Zeugungsunfähigkeitsnachweis nicht gelungen sei, er aber mit der Einrede des Mehrverkehrs Erfolg hatte. Die Kindsmutter gab einen Geschlechtsverkehr mit noch vier anderen Männern zu.

3. Gutachten L

Fragestellung in einem Strafprozeß (1956): Ist Herr L zeugungsunfähig und war er es ggf. auch im Jahre 1948?

Aktenvorgeschichte und Problematik: Herr L wurde 1950 in einem bürgerlichen Rechtsstreit zur Zahlung einer Unterhaltsrente verurteilt. Das Urteil stützte sich auf eine ärztliche Untersuchung, bei der kein Spermiogramm angefertigt wurde. L war damals für zeugungsfähig erklärt worden. Die Berufung gegen dieses Urteil, vor allem wegen der Einrede des Mehrverkehrs, wurde damals verworfen, denn L hatte auf das ärztliche Gut-

achten und auf die geleisteten Eide hin, die Vaterschaft anerkannt. In dem sich 1956 anschließenden Strafverfahren sollte ein Zeugungsfähigkeitsgutachten über L klären, ob sowohl die Kindsmutter als auch der Mehrverkehrszeuge einen Meineid geleistet haben.

Anamnese zur Fragestellung: Bei der Einstellungsuntersuchung zum Militär habe man angeblich zu L gesagt, daß er "unfruchtbar" sei. Der linke Hoden sei nie im Hodensack gewesen und erst durch eine Operation im 16. Lebensjahr "heruntergeholt" worden. Keine Störung in der Ausübung des Geschlechtsverkehrs. Objektiv fanden sich bei dem 31-jährigen Mann keine Zeichen einer endokrinen Störung.

Genitale: Links mäßig derber Hoden; linker Nebenhoden nicht sicher abgrenzbar; kirschgroße Hydrocele im Bereich des rechten Nebenhodenschwanzes; Bläschendrüsensexpressat: Keine Spermien, vereinzelte Zellen der Samenreifungsreihe.

Spermiogramm: Menge: 2,5 ccm; Aussehen: dünnflüssig;
pH-Wert: 7,5; Verflüssigungszeit: normal; Gesamtzahl: Nur im Sediment vereinzelte, stark deformierte Spermien.

Cytogramm: Stark deformierte Spermien und Zellen der Samenreifungsreihe.

Hodenbiopsie: Rechts Tubulusschaden I./II. Grades, jedoch mit nachweisbaren Spermien in allen Tubuli; links eine fortschrittene Degeneration und Atrophie des Tubulusapparates, die einem Tubulusschaden II./IV. Grades entspricht.

Diskussion: Der Verdacht auf ein Betrugsmanöver durch vorherige Masturbationen oder durch ein unterschobenes Sperma konnte aus folgenden Gründen ausgeschlossen werden: 1. Das Ejakulat wurde nicht verflüssigt geliefert. 2. Normale Verflüssigungszeiten. 3. Vor zwei Masturbationen unterhielt sich der Gutachter eine halbe Stunde mit dem Probanden, sodaß während dieser Zeit eine Unterschlebung eines fremden, nicht verflüssigten Ejakulats unmöglich war. 4. Eine Erschöpfungsazoospermie konnte ausgeschlossen werden, weil: a) Die Ejakulatmenge mit 2,0-2,5 ccm zu groß war, denn bei einer so großen Menge ist das Ejakulat noch nicht frei von Spermien. b) Nur stark de-

formierte und bei keiner Untersuchung ein normal geformtes Spermium nachweisbar war. 5. Im Spermio cytogramm waren die Zellen der Samenreifungsreihe nicht wesentlich gegenüber den stark deformierten Spermien erhöht. 6. Gegen unvollständige Ejakulationen spricht der Nachweis der stets weitgehend gleichen Ejakulatmenge (2,0 und 2,5 ccm).

Beurteilung:

Nach den spermatologischen und histologischen Befunden ist L jetzt mit großer Wahrscheinlichkeit als zeugungsunfähig zu bezeichnen. Eine Zeugungsunfähigkeit in der 8 Jahre zurückliegenden gesetzlichen Empfängniszeit scheint fraglich zu sein. Es handelt sich um eine exkretorische Azoospermie.

Endurteil:

Die Angeklagten wurden, da ihnen der Meineid mit einer zur Verurteilung ausreichenden Sicherheit nicht nachgewiesen werden konnte, nach dem Grundsatz "in dubio pro reo" freigesprochen.

4. Gutachten L:

Fragestellung in einem bürgerlichen Rechtsstreit: Ist der Beklagte L zeugungsunfähig und war er es ggf. auch in der ein Jahr zurückliegenden Zeit?

Aktenvorgeschichte und Problematik: Der Beklagte L gab in dem Vaterschaftsprozeß zu, daß er der Mutter der Klägerin in der gesetzlichen Empfängniszeit beigewohnt habe. Eine Befruchtung sei jedoch nach seiner Meinung unmöglich, da er zeugungsunfähig sei.

Anamnese zur Fragestellung: 1943 und 1944 Malaria; 1945 Lues mit Ausschlägen am After (Behandlung mit zwei kombinierten Salvarsan-Wismutkuren); seit der Malaria herabgesetzte Libido und mangelnde Erektionsfähigkeit.

Objektiv waren bei dem 47-jährigen Mann keine Anzeichen einer hormonalen Unterfunktion zu erkennen.

Genitale: Äußerlich o.B.

Bläschendrüsens- und Prostataexpressat: vereinzelte unbewegliche Spermien.

Spermio gramm: Menge: 1 ccm; Aussehen: dünnflüssig; pH-Wert: 6,9;

Verflüssigungszeit: beschleunigt; Zahl im ccm:

3,8 Mill.; Motilität (Quantität): 30 %;

Morphologie: 44 % pathologisch geformte

Spermien; Zellen der Samenreifungsreihe: 2 %.

Hodenbiopsie: Tubulusschaden (rechts Stadium I, links Stadium II/III). Die Hormonuntersuchungen im Urin wiesen keine pathologischen Befunde auf.

Diskussion: Die Frage, ob der zur Zeit der Beurteilung vorgelegene Befund bereits vor einem Jahr bestand, ist nicht mit Sicherheit zu beantworten, da weder der spermatologische noch der histologische Befund in diesem Falle eine Aussage über die Ätiologie oder die Pathogenese des primären Hodenschadens zu geben vermag. Es muß also die durchgemachte Malaria in Erwägung gezogen werden. Eine vorgetäuschte Oligospermie durch vorherige Masturbation konnte durch die Bestimmung des Cytoграмms ausgeschlossen werden, da die Zahl der Zellen der Samenreifungsreihe nur 2 % betrug.

Beurteilung:

Auf Grund der spermatologischen und histologischen Befunde handelt es sich um einen primären Hodenschaden, der eine Zeugungsfähigkeit nicht ausschließt, jedoch unwahrscheinlich macht. Die erhobenen Befunde ergaben keinen sicheren Anhalt dafür, daß diese Schädigung erst während des letzten Jahres aufgetreten ist.

Endurteil:

1. Die Klage wird abgewiesen, da feststeht, daß der Kindsmutter auch ein anderer innerhalb der Empfängniszeit beigeohnt hat. Den Mehrverkehr hatte die Kindsmutter in ihrer freiwillig berichtigten Aussage zugegeben. Sie konnte aber den Mehrverkehrszeugen, von dem sie nur den Vornamen kannte, nicht ermitteln.
2. Kosten sind nicht zu erstatten.

5. Gutachten S

Fragestellung in der Berufungsverhandlung eines Vaterschaftsprozesses (1953): 1. Kann aus einem negativen Spermatozoenbefund aus einem Hoden- und Nebenhodenpunktat mit Sicherheit auf eine Befruchtungsunfähigkeit geschlossen werden oder besteht nicht nur die Möglichkeit, sondern auch die Wahrscheinlichkeit einer trotzdem vorhandenen Befruchtungsfähigkeit? 2. Wie hoch wäre im Falle der Bejahung diese Wahrscheinlichkeit anzunehmen? 3. Ist Herr S zeugungsunfähig?

Aktenvorgeschichte und Problematik: Herr S wurde 1953 zur Unterhaltszahlung für ein Kind verurteilt. Er legte dagegen Berufung ein, da er zeugungsunfähig sei und angeblich noch ein anderer der Kindsmutter beigewohnt habe. In einem urologischen Gutachten wurde 1953 eine hochgradige Atrophie des linken Hodens festgestellt. Da eine Ejakulatgewinnung nicht möglich war und im Bläschendrüsens- und Prostataexpressat keine Spermatozoen nachzuweisen waren, konnte auf Grund des negativen Punktatbefundes der Beweis für die Zeugungsunfähigkeit nicht erbracht werden. Vom Gericht wurde daher ein Obergutachten mit der genannten Fragestellung beantragt.

Anamnese zur Fragestellung: Mit 14 Jahren trat nach dem Stoß einer Holzstange gegen die Geschlechtsteile eine schmerzhafte Hodenschwellung auf. Danach habe sich der linke Hoden "zurückgebildet".

Subjektiv klagt S über Erektionsschwäche. Er konnte deshalb nie normalen Geschlechtsverkehr durchführen.

Objektiv waren bei dem 49-jährigen Mann keine Anzeichen eines Eunuchoidismus festzustellen.

Genitale: Linker Hoden kleinbohnen-groß, sehr hochsitzend, palpabel, von derber Konsistenz, nicht druckschmerzhaft. Rechter Hoden pflaumengroß, von normaler Konsistenz; Prostata vergrößert; Bläschendrüsens nicht druckschmerzhaft; Ejakulat durch Masturbation nicht zu gewinnen; Prostata- und Bläschendrüsens-expressat: Keine Spermatozoen oder Zellen der Samenreifungsreihe feststellbar.

Hodenbiopsie: Rechts mäßiger Tubulusschaden mit vereinzelt, morphologisch normal erscheinenden Spermatozoen.

Cystoskopische Untersuchung: Durchgängigkeit des Ductus ejaculatorius.

Diskussion: Wenn auch die Untersuchungen von Mac Leod und Gold ergaben, daß unter 1 Mill. Spermatozoen im ccm noch in 1 % Konzeption eintrat, so ist doch im klinischen Sinne eine Zeugungsunfähigkeit auf Grund des histologischen Befundes nicht auszuschließen.

Beurteilung:

Aus einem negativen Spermatozoenbefund aus einem Hoden- und Nebenhodenpunktat kann nicht auf eine Befruchtungsunfähigkeit geschlossen werden. Ferner kann weder eine Möglichkeit noch eine Wahrscheinlichkeit für eine Befruchtungsfähigkeit abgeleitet werden. Auf Grund des histologischen Befundes besteht in forensischem Sinne keine Zeugungsunfähigkeit. Im klinischen Sinne muß jedoch eine stark herabgesetzte Fertilität angenommen werden, die praktisch einer Zeugungsunfähigkeit sehr nahe kommt.

Endurteil:

Der Beklagte wird nach § 1717 als Vater des Kindes erklärt und nach § 1708 BGB zur Unterhaltszahlung verurteilt. Er hat die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen. Das vom Gericht eingeholte Blutgruppen- und Blutfaktorengutachten schloß den Beklagten in keiner Beziehung als Erzeuger des Kindes aus. Das erbbiologische Gutachten kam bei einem geringen Grade von Wahrscheinlichkeit zu der Annahme, daß der Beklagte der Erzeuger des Kindes sei. Nach dem serologischen Gutachten sei der Beklagte als blutmäßiger Vater angezeigt. Das Gericht konnte daher eine offenbare Unmöglichkeit, daß der Beklagte der Erzeuger des Kindes sei, nicht als nachgewiesen betrachten.

6. Gutachten D

Fragestellung in der Berufsverhandlung einer Ehestreitsache: Ist der Beklagte D durch sein Bruchleiden an der Ausübung des ehelichen Verkehrs gehindert?

Aktenvorgeschichte und Problematik: In der 1956 ausgesprochenen Ehescheidung wurden beide Teile für schuldig erklärt. Die Schuld des Beklagten überwog. Seit 1950 war es zu keinem ehe-

lichen Verkehr mehr gekommen. Der Beklagte entschuldigte sein Verhalten damit, daß er durch sein Bruchleiden an der Ausübung des Beischlafs gehindert worden sei. Gegen das Urteil legte er Berufung ein.

Anamnese zur Fragestellung: Seit 1944 verheiratet; 1946 Geburt einer Tochter; seit dem Leistenbruch 1948 sei ein Geschlechtsverkehr ohne Tragen des Bruchbandes nicht möglich, da der Bruch sofort hervortrete und starke Schmerzen den normalen Ablauf des Verkehrs nicht gestatten.

Objektiv waren klinisch bei dem 44 Jahre alten Mann keine endokrinen Störungen nachweisbar; über der rechten Leistenbeuge reizlose Narben.

Genitale: Linker Hoden und Nebenhoden normale Größe und Konsistenz; im rechten Scrotalfach ein zweifautgroßer, stark druckschmerzhafter Tumor; der rechte eigroße Hoden erst nach Reponierung des Bruches tastbar; rechter Nebenhoden palpatorisch nicht abgrenzbar; Prostata normal.

Spermiogramm: Menge: 2,0 ccm; Aussehen: dünnflüssig;

pH-Wert: 7,8; Verflüssigungszeit: beschleunigt;
Zahl im ccm: 18,2 Mill.; Motilität (Quantität):
30 %; Morphologie: 20 % pathologisch geformte
Spermien.

Prostata- und Bläschendrüsensexpressat: Keine Spermien nachweisbar.

Diskussion: Bei der Beurteilung einer Impotentia coeundi ist zu berücksichtigen, daß jede Ausübung des Geschlechtsverkehrs meist von nicht objektivierbaren Umständen und zahlreichen Faktoren wie z.B. Alter und von individuellen Besonderheiten der Partner bestimmt wird. Das Zustandekommen des Kongressus und der Ejakulation hängt natürlich auch davon ab, ob der Ablauf des Geschlechtsverkehrs mit oder ohne Schmerzen verbunden ist.

Beurteilung:

Auf Grund der anamnestischen, klinischen und spermatologischen Unterlagen wird zur Zeit eine Behinderung des Geschlechtsverkehrs ohne Tragen des Bruchbandes für wahrscheinlich gehalten.

Endurteil:

1. Die Berufung des Beklagten gegen das Urteil wird abgewiesen.

2. Der Beklagte hat die Kosten der Berufungsverhandlung zu tragen.

In der Begründung des Urteils heißt es unter anderem: "Der Beklagte hat die Klägerin durch seine Gefühlskälte seelisch vernachlässigt und vereinsamen lassen. Das lieblose Gesamtverhalten seiner Ehefrau gegenüber stellt eine schwere Eheverfehlung dar."

B. RENTENSTREITSACHEN⁺)

1. Gutachten B

Fragestellung in einer KB-Rentenstreitsache (1956): Besteht ein Zusammenhang zwischen der von dem Kläger B angeführten Impotentia coeundi und der 1939 erlittenen Gehirnerschütterung mit einer Fraktur des Processus mastoideus?

Aktenvorgeschichte und Problematik: 1949 wurde in Anbetracht der encephalographisch nachgewiesenen pathologischen Veränderungen am Gehirn, wegen einer "Hirnschädigung" eine WDB anerkannt. 1951 und 1952 wurde die Impotentia coeundi in zwei Vorgutachten zwar erwähnt, aber dazu keine Stellung genommen. Erst 1955 hat B nachdrücklich behauptet, daß die Impotentia coeundi in einem ursächlichen Zusammenhang mit der 1939 erlittenen Gehirnerschütterung stehe.

Anamnese zur Fragestellung: Subjektiv besteht seit 1939 eine zunehmende Erektionsschwäche und seit 1947 eine Impotentia coeundi.

Objektiv waren bei dem 46-jährigen Mann keine Zeichen einer endokrinen Störung zu erkennen.

Genitale: Beiderseits geringgradige Hydrocele.

Prostata und Bläschendrüsensexpressat: Keine Spermien nachweisbar.

Ein Spermogramm konnte nicht angefertigt werden, da durch Masturbation kein Ejakulat zu gewinnen war.

+) Bedeutung der Abkürzungen:

KB	= kriegsbeschädigt
KOV	= Kriegsofferversorgung
WDB	= Wehrdienstbeschädigung
MdE	= Minderung der Erwerbsfähigkeit

Hodenbiopsie: Beiderseits schwere Tubulusschädigung mit Gefäßveränderungen im Interstitium und eine peritubuläre Fibrose. Keine Leydigzellwucherung.

Diskussion: Folgendes spricht für die 1939 erlittene Commotio als Ursache der Impotentia coeundi: 1. Die encephalographisch erfaßbaren, pathologischen Veränderungen der Hirnsubstanz und die damit bedingte Anerkennung der WDB. 2. Der schwere Tubulusschaden, der mit einem Folgezustand nach einer Commotio zu vereinbaren ist und auf Grund der Anamnese nicht anders gedeutet werden kann. 3. Das Auftreten des Unfallereignisses im Alter von 29 Jahren, also zu einer Zeit, in der selten bleibende Störungen der Potentia coeundi beobachtet werden. 4. Die Tatsache, daß in der Regel bei einer Impotentia coeundi neurologische Ausfälle auf Grund der topographischen Verhältnisse wie auch im vorliegenden Falle nicht nachweisbar sind.

Beurteilung:

Auf Grund des Studiums der Aktenunterlagen, der Anamnese, den klinischen und histologischen Untersuchungen ist ein Zusammenhang der Impotentia coeundi mit der Hirnsubstanzschädigung wahrscheinlich.

Endurteil:

Vom Gericht wird anerkannt, daß der schwere Tubulusschaden des Hodens mit Impotentia coeundi die Folge einer Schädigung im Sinne des bayer. Körperbeschädigtenleistungsgesetzes sind.

2. Gutachten L

Fragestellung in einer Rentenstreitsache (1956): Ist die von Herrn L geklagte Impotentia coeundi auf eine oder mehrere Schädigungsfolgen zurückzuführen?

Aktenvorgeschichte und Problematik: Der Kläger L bemühte sich um Anerkennung einer Impotentia coeundi als kriegsbedingtes Leiden. Die von ihm genannte Hodenverletzung wurde in Vorgutachten folgendermaßen beurteilt: Nervenfachärztliches (1952): Fehlen des Nachweises einer Nervenschädigung. Chirurgisches (1953): Kein Vorliegen einer organischen Hodenschädigung. Internistisches (1955): Kein krankhafter Befund an den Hoden zu erkennen, wahrscheinlich rein psychogen-funktionelle Störungen.

Psychiatrisches (1956): Die Impotentia coeundi habe kein organisches Nervenleiden als Ursache, sie liege wahrscheinlich in der Besonderheit der Persönlichkeitsstruktur begründet, die von jeher zu neurologischen Fehlhaltungen neigt. Internistisches (1956): Organische Schädigung der Testes mit nachfolgender Entgleisung des hormonalen Geschehens im Körper.

Anamnese zur Fragestellung: 1944 Sturz von einem Pferd mit gleichzeitiger Hodenquetschung und Granatsplitterverletzung; 9 Monate lang dauernde stark schmerzhaftes Schwellung der Hoden; seit dieser Zeit Erektionsschwäche; Ehe 1953 deshalb geschieden; 1943 Wolhynisches Fieber; 1944-1945 Paratyphus und Gelbsucht; 1947 Fischvergiftung.

Objektiv waren bei dem 47-jährigen Mann keine Zeichen einer endokrinen Störung zu erkennen.

Genitale: Kleine reizlose Narben im Bereiche des Scrotums; kirschkerngroße Induration am rechten Nebenhodenkopf.

Prostata- und Bläschendrüsensexpressat: Keine Spermien nachzuweisen; Ejakulatgewinnung durch Masturbation nicht möglich.

Hodenbiopsie: Rechts schwerer Hodenparenchymschaden mit peritubulärer Fibrosierung, links geringfügiger Hodenparenchymschaden.

Hormonuntersuchung: normal.

Diskussion: Auf Grund der Befunde liegt bei L mit Wahrscheinlichkeit eine Impotentia generandi vor, die jedoch für die gutachterliche Beurteilung nicht von Interesse ist, da L keine Kinder wünscht und bei ihm auch keine endokrinen Störungen vorliegen. Das Vorhandensein einer Impotentia coeundi wird lediglich durch die Aussage gestützt.

Beurteilung:

Auf Grund des Studiums der Aktenunterlagen, der Anamnese, der klinischen, histologischen und sonstigen Untersuchungsbefunde, ist die angeblich bestehende Impotentia coeundi nicht mit Sicherheit oder einiger Wahrscheinlichkeit auf eine oder mehrere Schädigungsfolgen zurückzuführen.

Endurteil:

Die Klage wird abgewiesen. Dem Kläger sind die außergerichtlichen Kosten vom Beklagten zur Hälfte zu erstatten.

3. Gutachten K

Fragestellung in einer KOV-Streitsache (1953): Ist die bestehende Hodenveränderung bei Herrn K auf den 1944 erlittenen Motorradunfall zurückzuführen und wie hoch ist ggf. die dadurch bedingte MdE?

Aktenvorgeschichte und Problematik: Der Kläger K stellte 1950 einen Antrag auf Gewährung von Versorgung. Er machte damals einen Herzmuskelschaden und Folgen einer erlittenen Bleivergiftung und Malaria geltend. Der Antrag wurde 1953 abgelehnt. In der Berufung gegen diesen Bescheid beantragte K neben anderen Verletzungen die Anerkennung einer hochgradigen Oligospermie und Gewährung einer Rente.

Anamnese zur Fragestellung: 1940 Bleivergiftung; 1944 Motorradunfall mit Hodeneinklemmung und folgender Hodenschwellung; 1947 Malariaanfälle; 1948 Entlassung aus der Gefangenschaft; subjektiv klagt K über eine Libidoverminderung; Erektion und Ejakulation normal; in der ersten Ehe bei seiner Frau im dritten Monat ein Abgang; 1948 wurde diese Ehe geschieden; seit 1950 erneut kinderlos verheiratet.

Objektiv bei dem 35-jährigen Mann keine Zeichen einer endokrinen Störung zu erkennen.

Genitale: Beide Testes normal, jedoch Indurationen im rechten Nebenhodenkörper und im rechten Nebenhodenkopf, sowie eine mäßige Induration am linken Nebenhodenkopf.

Spermogramm: Menge: 2 ccm; Aussehen: normal; pH-Wert: 7,6;
Verflüssigungszeit: normal; Zahl im ccm: 1,4 Mill.;
Motilität (Quantität): 28 %; Morphologie:
36 % pathologisch geformte Spermien.

Hodenbiopsie: Beiderseits normale Tubuli und ein normales Interstitium. 17-Ketosteroidausscheidung: normal.

Diskussion: Bei der Beurteilung ist in Betracht zu ziehen, daß seit dem Unfall auch andere entzündliche Vorgänge zu dem jetzigen Zustand geführt haben können und daß keine Untersuchungen des Spermatogramms vor dem Unfall vorliegen.

Beurteilung:

Die Möglichkeit ist nicht auszuschließen, daß die jetzt bestehende hochgradige Oligospermie mit dem 1944 erlittenen Unfall

in Zusammenhang steht. Es können aber auch andere Ursachen für diese Veränderungen mit den Folgen einer wahrscheinlichen Unfruchtbarkeit in Betracht kommen.

Endurteil:

1. Die Klage gegen den Bescheid des Versorgungsamtes von 1953 wird abgewiesen.

2. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Das Urteil wird damit begründet, daß die Wahrscheinlichkeit des Zusammenhanges zwischen dem Unfall und der Oligospermie nicht derart sei, daß auch nur ein einigermaßen gesicherter Zusammenhang angenommen werden könne. Weiter wird darauf hingewiesen, daß der Kläger erst 1953 von einer Hodenprellung berichtet hat.

4. Gutachten K

Fragestellung in einer KOV-Streitsache (1955): Besteht bei K außer seinen bereits anerkannten Schädigungsfolgen auch noch ein kriegsbedingter hypergonadotroper Hypogonadismus und wie hoch ist ggf. die MdE?

Anamnese zur Fragestellung: 1942 Durchschuß durch den linken Oberschenkel, die beiden Hoden und die Harnröhre. Als Folge davon besteht Harnröhrenverengung. Subjektiv fühlt sich K seit 1948 immer sehr angespannt. Oft Schweißausbrüche; Erektion in den letzten Jahren nur ganz selten. Die Libido ist nicht vorhanden. Keine Besserung der Beschwerden durch sehr hohe Testovirondosen.

Objektiv fand man bei der klinischen Untersuchung einen 35-jährigen Mann in adipösem EZ.

Genitale: Narbe am rechten Scrotum. Im linken Scrotalfach nur noch ein kleinkirschgroßer weicher Testis mit abgrenzbarem Nebenhoden zu palpieren. Prostata verkleinert; Mammæ deutlich angeschwollen und weich, die Haut blaß, pigmentarm und besonders glatt; Terminalbehaarung und Bartwuchs schwach. Ein Ejakulat war nicht zu gewinnen.

Hodenbiopsie: Beidseitige hochgradige Tubulusdegeneration (IV.Grad) mit hyaliner peritubulärer Sklerose und nicht funktionsfähigen Leydigischen Zwischenzellen; Kreatininausscheidung

im Harn vermehrt; 17-Ketosteroidausscheidung normal; FSH-Ausscheidung stark vermehrt.

Diskussion: Als Folge der endokrinen Störungen sind die von K beschriebenen, für Kastraten typischen vasomotorischen Erscheinungen erklärbar. Charakteristisch ist auch die rasche Ermüdung und das ständige Schwächegefühl. Wenn bei einem kleinen Prozentsatz von Kastraten die normale Libido und Potentia coeundi erhalten bleiben, so verminderte sich bei K hingegen die Libido und die anfangs noch erhaltene Potentia coeundi trat immer mehr zurück, sodaß jetzt eine vollständige Infertilität besteht.

Beurteilung:

Bei K handelt es sich um folgende kriegsbedingte Spätfolgen: Schwerer primärer Hodenschaden (hypergonadotroper Hypogonadismus) durch beidseitige komplette Hodenatrophie mit völliger Zerstörung der Spermatogenese und der endokrinen Funktion (Vollkastrat).

Die MdE beträgt zusammen mit den von urologisch-chirurgischer Seite festgestellten Kriegsfolgen (postraumatische Arthrosis deformans des linken Kniegelenkes und eine posttraumatische Harnröhrenstriktur mit Restharnbildung und eine chronisch-rezidivierende Prostatitis) 80 %.

Endurteil:

Die Beklagte (Versorgungsamt) wird verurteilt, eine Rente nach einer MdE um 80 v.H. ab 1.1.1948 zu gewähren.

5. Gutachten R

Fragestellung in einer KOV-Streitsache (1957): Steht die beim Kläger R vorliegende "Azoospermie" mit Wahrscheinlichkeit in einem ursächlichen Zusammenhang mit den Kriegsverletzungen?

Aktenvorgeschichte und Problematik: Dem Kläger wurde 1951 von der Beklagten (Versorgungsamt) eine MdE von 80 % für den Verlust des linken Hodens neben anderen Kriegsfolgen zugebilligt. 1953 stellte R zusätzlich Ansprüche wegen Zeugungsunfähigkeit. In einem Gutachten (1954) konnte zwischen der Kriegsverletzung und der wegen einer "Azoospermie" anerkannten Zeugungsunfähigkeit kein ursächlicher Zusammenhang gesehen werden. Die zusätz-

lichen Ansprüche wurden daraufhin zurückgewiesen. Wiederholte Behandlungen wegen der Zeugungsunfähigkeit blieben ohne Erfolg. Aus diesem Grund legte der Kläger Widerspruch gegen die Ablehnung seines Antrages ein. In dem Widerspruchsbescheid des Versorgungsamtes (13.1.1955) erfolgte eine erneute Ablehnung. Am 24.1.1955 wurde von R beim Sozialgericht dagegen Klage erhoben. 1955 wurde in einem Gutachten die "Azoospermie" als Folge der Hodenverletzung anerkannt und in einem späteren Gutachten ein Zusammenhang verneint.

Anamnese zur Fragestellung: 1943 Schußverletzung des linken Hodens; seit 1949 kinderlos verheiratet; Potentia coeundi normal; R hatte 1945 die Vaterschaft eines unehelichen Kindes anerkannt, könne aber nach seiner Meinung "zeitlich" nicht der Vater sein. Ein erbbiologisches Gutachten hatte man nicht angefertigt.

Objektiv waren klinisch bei dem 36-jährigen Mann keine endokrinen Ausfallerscheinungen nachweisbar.

Genitale: Am Scrotum kleine reizlose Narben. Linker Hoden und Nebenhoden fehlen. Rechter Hoden überpflaumengroß, normale Konsistenz. Rechter Nebenhoden im Bereich des Körpers und des Schwanzes nicht mit Sicherheit abgrenzbar. Im Prostata- und Bläschendrüsensexpressat keine Spermien nachweisbar.

Spermiogramm: Menge: 2 ccm; Aussehen: normal; pH-Wert: 7,6; Verflüssigungszeit: mäßig beschleunigt; im Nativpräparat und im Sediment keine Spermien nachweisbar. Im Ausstrich des Sediments nur ganz vereinzelte Spermien und sehr wenige Zellen der Samenreifungsreihe.

Hodenbiopsie: Normale Spermiogenese und normales Interstitium. In den Leydig-Zellen zeigten sich zum Teil Pigmentgranula, die mit hoher Wahrscheinlichkeit auf eine extratestale Schädigung zurückzuführen sind.

Diskussion: Die Anamnese gibt keine Hinweise für eine, zu einer Stenose der samenauf führenden Wege führenden Krankheit. Als Ursache kommt also nur die Schußverletzung, die zur Entfernung des einen Hodens und Nebenhodens geführt hat, in Betracht.

Beurteilung:

Es liegt jetzt keine "Azoospermie" sondern eine hochgradige Oligospermie bei normaler Spermiogenese mit einer Stenose der samenabführenden Wege vor. Auf Grund der Besonderheiten der spermatologischen und histologischen Befunde muß der, in den verschiedenen Vorgutachten ausgesprochenen Ablehnung des Zusammenhanges der Zeugungsunfähigkeit mit den Verletzungsfolgen widersprochen werden. Schätzung der MdE : 35 %.

Endurteil:

1. Die Klage gegen den Widerspruchsbescheid des Versorgungsamtes vom 13.1.1955 wird abgewiesen, soweit diese über das Anerkenntnis des Versorgungsamtes vom 4.4.1957 hinausgeht. (Am 4.4.1957 erkannte das Versorgungsamt außer dem Verlust des linken Hodens zusätzlich die hochgradige Oligospermie ohne Änderung des MdE -Grades an und beantragte, über den Vergleichsvorschlag hinausgehende Leistungen abzuweisen.)
2. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

6. Gutachten B

Fragestellung in einer KOV-Streitsache (1957): 1. Kann der Beweis erbracht werden, daß die Harnröhrenstrikturen durch eine Gonorrhoe bedingt sind? 2. Liegt eine Impotentia generandi vor? 3. Ist die angeblich bestehende Impotentia coeundi auf ein Hirntrauma oder auf die kriegsbedingte Dystrophie zurückzuführen? 4. Besteht ein Zusammenhang zwischen der angeblichen Impotentia coeundi und der Harnröhrenstriktur?

Aktenvorgeschichte und Problematik: 1950 wurde Herrn B wegen 11 verschiedenen krankhaften Veränderungen eine MdE von 50 % zugebilligt. 1953 wurde die Impotentia coeundi erstmals in einem Gutachten erwähnt und die subjektiven Beschwerden nach durchgemachter Dystrophie als glaubhaft bezeichnet (MdE = 25 %). Die Harnröhrenstriktur wurde nicht als WDB anerkannt. 1955 internistisches Gutachten: Herr B ist ein schwerer Neurastheniker mit psychopathischen Zügen. 1956 neurologisches Gutachten: Leistungsminderung und Libido-verlust als WdB anerkannt und die MdE auf 60 % geschätzt. (Elektroencephalogramm: Gesteigerte hirnelektrische Erregbar-

keit und leichte Allgemeinveränderung.)

1956 urologisches Gutachten: Harnröhrenstriktur als WdB abgelehnt.

Anamnese zur Fragestellung: 1943 Schlag mit einem Gewehrkolben in die Geschlechtsteile; 1947 nach einem Sturz auf den Kopf einen Tag bewußtlos; 1949 mit schwerer Dystrophie aus der Gefangenschaft entlassen; seit dieser Zeit angeblich Erektions- und Triebsschwäche, dadurch sei die seit 1952 bestehende Ehe stark in Mitleidenschaft gezogen.

Objektiv fanden sich klinisch bei dem 40-jährigen Mann keine Zeichen einer endokrinen Störung.

Genitale: Keine Induration an den Nebenhoden mit Sicherheit nachweisbar.

Prostata- und Bläschendrüsensexpressat: keine Spermien.

Spermogramm: Menge: 2 ccm; Aussehen: normal; pH-Wert: 7,6;
Verflüssigungszeit: mäßig beschleunigt; Zahl im
ccm: 48,6 Mill.; Motilität (Quantität): 20 %;
Morphologie: 30 % pathologisch geformte Spermien;
Zellen der Samenreifungsreihe: 3 %.

Gonorrhoe-Komplementbindungsreaktion positiv; Lues-Seroreaktionen negativ; keine Erniedrigung des Blutdrucks.

Diskussion: Bei der Beurteilung der Impotentia coeundi konnte sich der Gutachter lediglich auf die Aussagen des Mannes und auf die neurologischen Untersuchungsergebnisse stützen.

Beurteilung:

1. Die Annahme der Wahrscheinlichkeit einer früheren Gonorrhoe wird für nicht gerechtfertigt gehalten, da kein aktenkundiger Erregernachweis vorhanden ist.
2. Eine Impotentia generandi ist nach dem Befund des Spermogramms unwahrscheinlich.
3. Ein Zusammenhang zwischen der angeblichen Impotentia coeundi und den Kriegsfolgen wird im Hinblick auf die neurologischen Befunde für wahrscheinlich gehalten. Die MdE wird auf 30 % geschätzt.
4. Ein Zusammenhang zwischen der Impotentia coeundi mit der Harnröhrenstriktur wird für unwahrscheinlich gehalten.

Endurteil:

1. Die Klage wird abgewiesen. 2. Kosten sind nicht zu erstatten. Vor der Urteilssprechung wurde vom Gericht noch ein fachneurologisches Gutachten eingeholt, in dem die Impotentia coeundi für neurotisch bedingt bezeichnet wurde. Anhaltspunkte für eine traumatische Hirnschädigung konnten angeblich nicht gefunden werden.

ZUSAMMENFASSUNG

In der Arbeit wurde zu den Problemen der forensischen Begutachtung der männlichen Zeugungsfähigkeit, der Begutachtung der männlichen Infertilität als kriegs- oder unfallbedingtes Leiden Stellung genommen, und es wurden ferner die Schwierigkeiten aufgezeigt, die bei einer Beurteilung der männlichen Fertilität auftreten können.

In der Einleitung sind die rechtlichen Gründe für die Anfertigung von Zeugungsfähigkeitsgutachten aufgezählt worden.

Verhältnismäßig oft ist in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten und nur selten in Strafsachen die Fortpflanzungsfähigkeit des Mannes Gegenstand der Begutachtung.

Bei der forensischen Begutachtung der männlichen Zeugungsfähigkeit wird von den verschiedenen Autoren betont, daß der Mangel an geeigneten Methoden zur Objektivierung spürbar wird, wenn die Impotentia coeundi Angelpunkt einer forensischen Fragestellung ist, und daß sich hinsichtlich der Untersuchungstechnik zur Klärung der Beischlafsfähigkeit keine allgemeinen Richtlinien aufstellen lassen.

Aus den neueren klinischen Untersuchungen geht hervor, daß zur genauen Diagnosestellung einer Impotentia generandi neben der Anamnese, der Aktenvorgeschichte, der klinischen Untersuchung und der Ejakulatsuntersuchung noch die Hodenbiopsie, die Hormonuntersuchungen und die röntgenologische Darstellung der samenabführenden Wege herangezogen werden müssen.

Eingehend wurde die unterschiedliche Beurteilung der fo-

rensischen und klinischen Zeugungsunfähigkeit herausgestellt. Die jetzt allgemeingültigen Standardwerte für die Annahme einer Fertilität und Subfertilität sind aufgezeigt worden.

Zu den Betrugsabsichten bei der forensischen Begutachtung gehören: 1. Die Begutachtung des Ejakulats einer zeugungsunfähigen vorgeschobenen Person. 2. Das Unterschieben einer sperma-ähnlichen Flüssigkeit oder eines fremden Ejakulats. 3. Der Zusatz von spermioziden oder Spermien immobilisierenden Mitteln oder Abgabe eines anders vorbehandelten Spermas. 4. Die Er-schöpfungsazoospermie. 5. Die medikamentös hervorgerufene Azoospermie.

Mit Hilfe des Bläschendrüsensexpressats vor und nach der Ejakulation, der Hodenbiopsie und den hormonalen Untersuchungen können in den meisten Fällen Betrugsmanöver entlarvt werden.

Die Hodenbiopsie gestattet, vor allem bei einer kompletten Azoospermie oder einer Aspermie, exaktere Aussagen als der Ejakulatsbefund.

Bei der Beschreibung der Infertilität als KB-Leiden und Unfallfolge wurden die Ursachen der kriegs- oder unfallbedingten männlichen Infertilität erläutert. Bei diesen ist zu unterscheiden zwischen Verletzungen, die direkt zum Verlust der Genitalorgane geführt haben und solchen, die sich erst sekundär auf die männliche Fertilität auswirken, wie Sakralmarkverletzungen, Beckenbrüche und Harnwegverletzungen. Ferner wurden Verletzungen, die zur Hodenatrophie führen, geschildert.

Daß zentral-nervöse Einwirkungen, z.B. Schädeltraumen, aber auch psychische Einwirkungen, nicht nur funktionelle Schäden, wie Impotentia coeundi hervorrufen können, sondern auch zu Störungen der Spermio-genese und manchmal zu Veränderungen der Hoden führen, ist besonders hervorgehoben worden.

Beim Fehlen eines Hodens sind für die innersekretorische Funktion und den Körperzustand keine Folgen zu erwarten.

Stärkste Veränderungen bei der Entmannung finden sich, wenn die Kastration vor Beginn der Pubertät erfolgt. Beim Spätkastraten ergeben sich keine prinzipiellen, sondern nur gra-

duelle Unterschiede gegenüber dem Fröhkastraten. Rasches Eintreten von Beschwerden, die denen des weiblichen Klimakteriums ähneln, sind dann zu erwarten, wenn der Hodenverlust nach dem 35. Lebensjahr erfolgt.

Physische und psychische Folgen der Entmannung sind oft stark ausgeprägt.

Nur selten sind die Ausfallserscheinungen der endokrinen Funktion bei Verlust beider Hoden so erheblich, daß die Betroffenen praktisch erwerbsunfähig werden.

Auch aus einer Impotentia coeundi oder einer Impotentia generandi ohne endokrine Ausfallserscheinungen können Depressionen und Unlustgefühle entstehen, die sich dann ungünstig auf die Erwerbsfähigkeit auswirken.

Bei einer Begutachtung ist der Einzelfall nach seiner speziellen individuellen Gestaltung zu würdigen und zu entschädigen.

Die Fragestellung, Beurteilung und das Endurteil von 12 Gutachten der Universitäts-Hautklinik Würzburg wurden erörtert.

In 4 bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten und in 1 Strafrechtsfall sollte die Begutachtung der Zeugungsfähigkeit für einen zurückliegenden Zeitpunkt durchgeführt werden und in 1 Ehestreitsache war die Impotentia coeundi Ursache der Fragestellung.

Bei den 6 Rentenstreitverfahren war in 2 Fällen eine Impotentia coeundi allein, einmal die Impotentia coeundi sowie die Impotentia generandi, ferner in 2 Fällen eine Oligospermie und in 1 weiteren Fall ein hypergonadotroper Hypogonadismus Gegenstand der Begutachtung.

Bei 7 Gutachten stimmte das Endurteil mit der klinischen Beurteilung überein.

In 2 Fällen wurde das Urteil durch die - begründete - Einrede des Mehrverkehrs (§ 1717_{I1} BGB), einmal durch die von dem Gericht später eingeholten Gutachten (Blutgruppen-, Blutfaktoren-, erbbiologisches und serologisches Gutachten), ein anderes Mal durch ein neurologisches Gutachten und bei der Ehestreitsache durch das "Gesamtverhalten des Klägers", beeinflusst.

Am Schluß der vorliegenden Arbeit möchte ich Herrn Privatdozenten Dr. R. Doepfner vielmals für die Überlassung des Themas, seine wertvollen Hinweise und die freundliche Unterstützung danken.

Gleichzeitig darf ich Herrn Professor Dr. H. Schuermann für die Übernahme des Korreferates meinen besonderen Dank aussprechen.

LITERATURVERZEICHNIS

- BELONOSCHKIN, B.:** "Zeugung beim Menschen" Sjöbergsförlag, Stockholm 1949.
"Die Biologie der menschlichen Spermatozoen im Konzeptionsgeschehen" Georg Thieme Verlag, Leipzig 1944. Ref.Dtsch. Gsdhtswesen 283-284, 1 (1946)
- BERG, St.P.:** "Der Spermanachweis nach Puranen und seine forensische Bedeutung" Dtsch. Zschr.ger.Med. 39, 283-259 (1948/49), Ref.Zbl.f.H.u.G. 73, 70 (1949)
- BIOLATO, D.:** "Necrosi postraumatica di testiculo sano" Boll.Soc.piemant.Chir. 5, 972 (1935), Ref.Mschr.f.Unfallhkd. 645 (1936)
- BOEMINGHAUS, H.:** "Ursachen und Behandlung der männlichen Sterilität", Med.Welt 815-819, II (1942)
- BOHNSTEDT, R.M.,
u. J.WAGNER:** "Zum Problem der Spermauntersuchung". Ärztl.Wschr., 460-463 (1949)
- BORELLI, S.:** "Spermienbeweglichkeit und Befruchtungsvermögen". Münchner med.Wschr. 96, 709 (1954)
- BURCKHARDT, H.:** "Kriegsverletzungen der Beckengegend". Ergebn.d.Chir.u.Orthopädie, 14, 457-616 (1921)
- BURCKHART, Th. u.
A.Schmitt:** "Zur Frage der Beeinflussung der Sexualfunktion einschließlich der Spermiogenese durch Eingriffe am abdominellen Grenzstrang". Med.Klin. 1310 (1949)
- DEMARK, N.L. van
and R.L.HAYS:** "Rapid Sperm Transport in the cow". Fert. a.Ster. 5, 131 (1954)
- DICK, W.:** "Grenzstrangresektion und Hodenfunktion". Zbl.f.Chir. 30, 1773-1774 (1937)
"Hodenphysiologie und Chirurgie". Zbl.f. Chir., 49, 2799-2810 (1937)
- DOEPFMER, R.:** "Die männliche Infertilität". Med.Klin. 2105 (1957) u. 2145 (1957)
"Zur forensischen Beurteilung der männlichen Infertilität". Dtsch.med.Wschr. 1795-1797 (1956)

- DOEPFMER, R.: "Über Betrugsmanöver und ihre Erkennung bei der Begutachtung der männlichen Zeugungsfähigkeit" Zschr.ger.Med., z.Zt.im Druck
- DRESSLER, W.: "Sexualstörungen nach doppelseitiger lumbaler Grenzstrangresektion". Dtsch.med. Wschr., 759-941 (1949)
- DUMPERT, V.: "Über Störungen der sexuellen Funktionen des Mannes nach Beckenverletzungen". Dtsch.Zschr.f.Chir. 186, 140-142 (1924)
- FRANKL, U.E. und G.ROTH: "Zur Therapie reaktiver Sexualneurosen beim Heimkehrer" in "Beiträge zur Sexualforschung". Heft 11, 65-72, Ferd.Enke Verlag, Stuttgart 1957
- FROMEIN, R. und G.HARRER: "Richtlinien für die Begutachtung vegetativer Störungen bei Hirnverletzten" in Rehwald E. "Das Hirntrauma", 20-53 Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1956
- FÜLLER, H. und E.HEINKE: "Die Hodenbiopsie im Dienste der Fertilitätsuntersuchung und ihre Technik". Münchner med.Wschr. 97, 1310-1311 (1955)
- GERTLER, W.: "Potenzstörungen als Folge von Rückenmarksschädigungen". Dermat.Wschr. 119, 143-146 (1947/48)
"Untersuchungsergebnisse und Behandlungserfolge bei männlicher Sterilität". Dermat.Wschr. 117, 591-598 (1943)
- GOTTSCHALK, R.: "Streitige geschlechtliche Zustände vor Gericht" in "Grundriß der gerichtlichen Medizin", 1-10, Georg Thieme Verlag, Leipzig 1912
- HAMANN, H.: "Über gerichtliche Gutachten auf Zeugungsfähigkeit". Dermat.Wschr. 116, 43-51 (1943)
- HEIERMANN, W.A.: "Männliche Infertilitäts- und Sterilitätsprobleme im Lichte der neueren, besonders der anglo-amerikanischen Literatur". Med. Diss. Würzburg 1953
- HOPFNER, Th.: "Das Sexualleben der Griechen und Römer von den Anfängen bis ins 6.Jahrhundert nach Christus". Prag 1938
- HORN, P.: "Hoden und Penisverlust" in "Praktische Unfall und Invalidenbegutachtung", 198, Julius Springer Verlag, Berlin 1922

- HORNE, H.W.,
D.P.PAULL and
D.MUNRO: "Fertility studies in the human male with traumatic injuries of the spinal cord and cauda equina". The New England Journal of Medicine, Vol. 239, 959 (1948)
- HOTCHKISS, R.S.: "Fertility in men". Philadelphia J.B.Lippincott Company 1944
- HUHNER, M.: "The importance of the Huhner test in cases of necrostermia". J.Obstetr. 44, 334 (1937). Ref.Dtsch.Zschr.ger.Med. 29, 197 (1938)
- JENSCH, N.: "Untersuchungen an entmannten Sittlichkeitsverbrechern". Georg Thieme Verlag, Leipzig 1944
- JOEL, Ch.A.: "Studien am menschlichen Sperma". Benno Schwabe und Co. Verlag, Basel 1953, 2.Aufl.
- JORES, A.: "Die Keimdrüsen und ihre Krankheiten" in Handbuch der inneren Medizin, Bd.VII, 1, 299, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1955
- KAUFMANN, C.: "Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane" in Handbuch der Unfallmedizin 3.Aufl., 2.Bd. 483-497, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1915
- KLOSTERMANN, G.F.: "Zur Problematik der forensischen Beurteilung der Fruchtbarkeit des Mannes". Med.Klin. 48, 1581-1584 (1953)
- KMENT, O.H.: "Über Störungen der Geschlechtsfunktionen nach lumbalen Grenzstrangresektionen". Zbl.f.Chir. 75, 1585-1599 (1950)
- KOCHER, Th.: "Die Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane". Dtsch.Chir.Bd.50b, 559, Stuttgart (1887), Ref.Scheele in Dtsch.Zschr.f.Chir. 195, 286 (1926)
- KOHLBERG, K.: "Die Beurteilung der Zeugungsfähigkeit des Mannes". Dtsch.med.Wschr. 1666 und 1675-1679, II (1953)
- KÜTTNER, H.: "Der spontane Untergang des gesunden Hodens". Dtsch.med.Wschr. 1291-1294 (1924)
"Kriegschirurgie" in Borchard-Schmieden, Leipzig 1917.
- LANGE, J.: "Die Folgen der Entmannung Erwachsener". Heft 24, Georg Thieme Verlag, Leipzig 1934

- LANZ, T. v.: "Die Samenspeicherung beim Manne". Klin. Wschr. 993-997 (1936)
- "Zur Biologie der Samenfäden im männlichen Geschlechtsapparat". Klin. Wschr. 1899-1901 (1930)
- LAVES, W.: "Zeugungsfähigkeit des Mannes" in Ponsolds Lehrbuch der ger. Med. 334-343, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1950
- "Hyaluronidase und Zeugungsfähigkeit". Dtsch. Zschr. ger. Med. 39, 207-211 (1948/49)
- MAC LEOD, J. a.
R. Z. GOLD: "The male factor in fertility and infertility, semen quality and certain other factors in relation to ease conception". Fert. a. Ster. 4, 10-33 (1953)
- "The male factor in fertility and infertility, semen quality in relation to age and sexual activity". Fert. a. Ster. 4, 194-209 (1953)
- "The male factor in fertility and infertility III, an analysis of motile activity in the spermatozoa of 1000 fertile men and 1000 men in infertile marriage". Fert. a. Ster. 2, 187 (1951)
- MARQUARDT, F.: "Die Untersuchung der Zeugungsfähigkeit des Mannes". Geburtsh. u. Frauenheilk., 326-331 (1939), Ref. Zbl. f. H. u. G. 63, 710 (1940)
- MENZEL, E.: "Über die Impotentia coeundi nach Beckenbrüchen mit Verletzungen der unteren Harnwege". Mschr. f. Unfallhkd. 55, 200-206 (1952)
- MEYER, J. E.: "Die sexuellen Störungen der Hirnverletzten". Arch. f. Psychiatr. u. Zschr. Neur. 193, 449-469 (1955)
- MICHALKE, G.: "Das Spermogramm und seine Anwendungsmöglichkeiten bei Untersuchungen der Zeugungsfähigkeit des Mannes in der forensischen Medizin". Dtsch. Gesundheitswesen 9. Jahrg., 810 (1954)
- MICHALKIEWICZ, W.: "Examination of the sperm". Polski Tygodnik Lek. 5, 1612-1614, engl. Zusammenfassg. 297 (1950). Ref. Zbl. f. H. u. G. 80, 312 (1952)
- MOENCH, G. L.: "Über die Mikropathologie des Samens". Archiv f. Gynäk. 161, 64 (1936)
- "Do sperm morphology and biometrics really offer a readable index of fertility". Amer. J. Obstetr. 25, 410 (1933). Ref. Zbl. H. u. G. 46, 399 (1933)

- MOENCH, G.L.: "The longevity of the human spermatozoa". Amer.J.Obstetr.38,153-155 (1939). Ref.Zbl. H.u.G.64,712 (1940)
- MONCORPS, C.: "Über männliche Fertilität". Dermat. Wschr.120,633-640 (1949).
- MUELLER, B.: "Die Begattungs- u.Fortpflanzungsfähigkeit des Mannes" in "Gerichtliche Medizin" S.844, Springer Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg (1953)
- MÜLLER-HESS, V. und G.PANNING: "Die Zeugungs- und Beischlaffähigkeit des Mannes in rechtlicher Hinsicht und ihre Nachprüfung durch den Arzt". J.Kurse ärztl.Fortbildg.30,H.2,44-77 (1939)
"Untersuchung der Zeugungsfähigkeit des Mannes". Ärztl.Sachverständigenztg.42, 29-49 (1936)
- NEUREITER, F., F.PIETRUSKY und E.SCHÜTT: "Zweifelhafte Fortpflanzungsfähigkeit beim Manne und beim Weibe in Handwörterbuch der ger.Med.u.naturwissenschaftl. Kriminalistik.S.954-969, Julius Springer Verlag, Berlin (1940)
- NIEDERMEYER, A.: "Soziale u.rechtl.Probleme" in "Handbuch d.spez.Pastoralmedizin", II.Bd.273, Herder Verlag, Wien 1940
- NIPPE, M.: "Über die Feststellung der Zeugungsfähigkeit des Mannes durch die Spermauntersuchung". Dtsch.Zschr.f.ger.Med.26,64 (1936)
- OETTL, A.G.: "Morphologic changes in normal human semen after ejaculation".. Fert.a.Ster.5,227 (1954)
- ORTHNER, H.: "Über das Verhalten menschlichen Spermas in Gummihüllen". Dtsch.Zschr.f.ger.Med.34,349-351 (1941)
- PAGE, J. und HOULDING: "The clinical interpretation of 1000 semen analyses among applicants for sterility studies". Fert.a.Ster.2,140 (1951)
- PANNING, G.: "Zeugungsfähigkeit nach Sterilisation". Dtsch.Zschr.f.ger.Med.26,55-63 (1936)
- POSNER, C.: "Pathologische Physiologie der männlichen Geschlechtsorgane" in "Handbuch der Urologie" Bd.I,S.631, Julius Springer Verlag, Berlin 1926, Ref.Burckhart, Schmitt.
- PURANEN, U.H.: "Eine neue mikrochemische Methode zur Identifizierung von Sperma". Dtsch.Zschr.f.ger.Med.26,366-381 (1936)

- ROHLEDER, H.: "Die Zeugung bei Hermaphroditen, Kryptorchchen, Mikrororchchen und Kastraten". Georg Thieme Verlag, Leipzig 1921
- SCHEELE, K.: "Die Beziehungen der Hydrocele zu Unfallverletzungen". Dtsch.Zschr.f.Chir.195, 286-319 (1926)
- "Männliche Geschlechtsorgane" in Bürkle de la Camp, H. u. Rostock P. "Handbuch d.ges.Unfallheilkunde" II.Bd., 492-506, Ferd.Enke Verlag, Stuttgart 1955
- "Hoden und Nebenhoden" in Fischer A.W.Hergert R. - Molineus G. "Das ärztl.Gutachten im Versicherungswesen". I.Bd. 226-229, Johann Ambrosius Barth Verlag, München 1955
- "Schäden der Harn- u.männl.Geschlechtsorgane" in Fischer A.W. - Molineus G. "Das ärztl.Gutachten im Versicherungswesen" I.Bd., 273-305, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig 1939
- "Hoden u.Hüllen d.Hoden" in Lininger H., Weichbrodt R., Fischer A.W. "Handbuch der ärztlichen Begutachtung" I.Bd., 559-563, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig 1931
- "Potenzstörungen, Begutachtung von Verletzungsfolgen der Geschlechtsorgane" in König u.Magnus "Handbuch der ges.Unfallheilkunde" IV.Bd., 505, Ferd.Enke Verlag, Stuttgart 1934
- SCHÖNEBERG, G.: "Die ärztliche Beurteilung Beschädigter" Darmstadt 1952
- "Die ärztliche Beurteilung Beschädigter" 2.neubearb.Auflage v.Steinkopf D., Darmstadt 1955. Ref.Dtsch.Zschr.f.ger.Med. 45, 160 (1956)
- SCHUERMANN, H.: "Über die Zunahme männlicher Fertilitätsstörungen u.über die Bedeutung psychischer Einflüsse für die zentralnervöse Regulation der Spermiogenese". Med.Klin. 366-368 (1948)
- SCHUBIN, W.N.: "Zur Frage der Samenstrangverletzungen mit nachfolgender Hodenatrophie". Permski Medizinski Jurnal Nr.3/5, S.74 (1923). Ref. Zschr.urolog.Chir.17, 429 (1925)
- STADLBAUER, F.: "Zur Begutachtung der Verletzungen und Erkrankungen des männlichen Genitale" in Sonderdruck aus Ärztl.Praxis, VIII.Jahrgg. Nr.9,10 vom 3.u.10.III.1957

- STEFKO, W.H.: "Zur konstitutionellen und pathologischen Anatomie der Keimdrüsen". Z.Konstitutionsl.17, 539 (1933)
- STIASNY, H.: "Katheter zur Gewinnung von Spermien aus den Samenblasen und unteren Samenwegen". Zbl.f.Chir.30, 1750-1751 (1936)
"Gerichtliche Beurteilung der männl. Fruchtbarkeit". Münchner med.Wschr. 100-101 (1944)
"Unfruchtbarkeit beim Manne. Diagnostik und Therapie mit Verwendung des Spermio-gramms". Ferd.Enke Verlag, Stuttgart 1944
- STIER, E.: "Schädigung der sexuellen Funktionen durch Kopftrauma". Dtsch.med.Wschr. 145-147 (1938)
- STIEVE, H.: "Nervös bedingte Veränderungen an den Geschlechtsorganen". Dtsch.med.Wschr. 925-928 (1940)
- STRASSMANN, F.: "Zweifelhafte geschlechtliche Verhältnisse" in "Lehrbuch d.ger.Med." 29-45, Ferd. Enke Verlag, Stuttgart 1931
- WHITE, E.W. "A study of urological complications associated with fractured pelvis". J.of. Urol.29, 295-319 (1933). Ref.Zschr.f.urol. Chir.37, 280 (1933)
- VERTH, M. zur
und K.SCHEELE: "Induratio penis plastica". Dtsch.Zschr. f.Chir.121, 298-338 (1913)
- WINZ, H.R.: "Kritische Gedanken des urologischen Gutachters zu einigen Bestimmungen des neuen Bundesversorgungsgesetzes". Mschr.f. Unfallhkd.56, 152 (1953)
"Aussprache zu Boshammer, Urol.Kongr. Aachen (1953), Ber.S.329. zit.v.Scheele in König u.Magnus, 505
- STEFKO, W.H.: "Veränderungen der Geschlechtsdrüsen des Menschen beim Hungern". Virchows Archiv, 252, 385-399 (1924)
- Ärztl.Abteilung d.
Bundesministeriums
für Arbeit: "Anhaltspunkte f.d.ärztl.Gutachtertätigkeit im Versorgungswesen", "Hoden u.Glied S.91", Köllen Verlag, Bonn 1954
- Reichsbund d.Kriegs-
u.Zivilbeschädigten,
Sozialrentner u.Hin-
terbliebene: "Bundesversorgungsgesetz mit Verwaltungsvorschriften". Schriftenreihe d.Reichsbundes, Folge 13, August 1956

LEBENS LAUF

Als Sohn des verstorbenen Fabrikdirektors Wilfried Liebisch und seiner Ehefrau Eleonore, geb. Gaun, wurde ich, Walter Liebisch, am 14. Februar 1929 in Tachau (CSR) geboren. Dort besuchte ich die fünfklassige Knabenvolksschule von 1935-1940. Im Herbst 1940 trat ich in die Oberschule für Jungen in Plan (CSR) ein, der ich bis zum Frühjahr 1945 angehörte. Bis zu Beginn des Jahres 1946 war ich in der Tschechoslovakei arbeitsverpflichtet. Im Mai 1946 wurde ich aus der Tschechoslovakei nach Gebstättel bei Rothenburg o.T. ausgesiedelt. Am 3. September 1946 trat ich in die Oberschule in Rothenburg o.T. ein, wo ich am 13. Juli 1950 die Reifeprüfung ablegte. Ab Sommersemester 1953 habe ich an der Universität Würzburg studiert und im September 1957 mein Studium durch das zahnmedizinische Staatsexamen beendet.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich vorliegende Arbeit selbständig verfaßt und außer der angegebenen Literatur keine anderen Hilfsquellen benutzt habe.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich bisher von keiner anderen Seite ein Dissertationsthema zur endgültigen Bearbeitung erhalten habe.

Walter Liebisch

